Pratiques en psychothérapie

Sous la direction de
François-Xavier Poudat

Sylvie Aubin
François de Carufel
Pascal de Sutter
Noëlla Jarrousse,
Gilles Trudel

Sexualité, couple et TCC

Les difficultés sexuelles

VOLUME 1

- Aspects théoriques
- Méthodologie pratique
- Dysfonctions sexuelles
- Compulsions sexuelles





Sexualité, couple et TCC
Volume 1. Les difficultés sexuelles

Chez le même éditeur

Sexualité, couple et TCC – Volume 2. Les difficultés conjugales, coordonné par F.-X. Poudat. Collection « Pratiques en psychothérapie », 2011, 224 pages.

La thérapie d'acceptation et d'engagement – ACT, par J.-L. Monestès, M. Villatte. Collection « Pratiques en psychothérapie », 2011, 224 pages.

Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 232 pages.

Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience, par C. Berghmans. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 208 pages.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs. Collection « Les âges de la vie ». 2010, 4e édition, 488 pages.

Ateliers d'écriture thérapeutiques, par N. Chidiac. Collection « Psychologie », 2010, 208 pages.

La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 188 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Vénisse. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 464 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 224 pages.

TCC chez l'enfant et l'adolescent, par L. Vera. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 352 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2e édition, 224 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, par G. Ferrey, G. Le Gouès. Collection « Les âges de la vie ». 2008, 6e édition, 384 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 256 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, É. Bonvin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 4e édition, 344 pages.

Thérapie cognitive et émotions. La 3e vague, par J. Cottraux. Collection « Médecine et psychothérapie / Progrès en TCC ». 2007, 224 pages.

Manuel de sexologie, par P. Lopès, F.-X. Poudat. Collection « Pratique en gynécologie-obstétrique » . 2007, 352 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Sexualité, couple et TCC

Volume 1. Les difficultés sexuelles

Sous la direction de François-Xavier Poudat

Sylvie Aubin, Madeleine Beaudry, Jean-Marie Boisvert, Évelyne Bonhomme, François de Carufel, Pascal de Sutter, Valérie Doyen, Alexandra Hubin, Noëlla Jarrousse, Bruno Pierre, Gilles Trudel



ELSEVIER
MASSON



ISBN : 978-2-294-71119-0

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

AUTEURS

Sylvie Aubin, Ph.D., est psychologue de la santé spécialisée en oncologie psychosociale. Elle est également professeure adjointe dans le département d'oncologie de l'Université McGill à Montréal. Elle possède une vaste expertise tant clinique que de recherche dans le domaine des relations sexuelles et conjugales chez les individus atteints de cancer. Elle est membre du Programme oncologique psychosocial Louise Granofsky (POP) de l'Hôpital juif général de Montréal. Ses fonctions s'inscrivent au sein des équipes de service interdisciplinaire uro-oncologique et de la clinique des adolescents et jeunes adultes atteints du cancer.

Madeleine Beaudry, Ph.D., est professeur titulaire à la retraite à l'École de service social de l'Université Laval (Québec). Elle est auteur et co-auteur de plusieurs articles scientifiques et ouvrages (*S'affirmer et communiquer*, *Psychologie du couple*, etc.).

Jean-Marie Boisvert, Ph.D., est professeur titulaire à la retraite à l'École de psychologie de l'Université Laval (Québec). Il est auteur et co-auteur de plusieurs articles scientifiques et ouvrages (*S'affirmer et communiquer*, *Psychologie du couple*, *Les Troubles anxieux*).

Évelyne Bonhomme, Lic, est assistante sociale et sexologue. Elle exerce au service d'oncologie-radiothérapie du Centre hospitalier universitaire de Liège et effectue de la consultation en pratique privée à Liège.

François de Carufel, Ph.D., a enseigné pendant plus de dix ans au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Il enseigne maintenant à la Faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain ainsi qu'à la Faculté de médecine de l'Université de Casablanca. Il a été rédacteur en chef de la revue « Réalités en gynécologie-obstétrique-sexologie » et est chef clinique de l'Unité de sexologie fonctionnelle de l'Hôpital de Waterloo en Belgique. Il est l'auteur de *L'éjaculation prématurée. Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle* aux Presses universitaires de Louvain.

Pascal de Sutter, Ph.D., est professeur à l'École de sexologie et des sciences de la famille de la Faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain. Il enseigne au DIU de sexologie de Lille et est co-directeur du certificat universitaire en sexologie clinique (UCL). Il travaille dans la recherche en sexologie et en psychologie politique. Il est l'auteur de *La sexualité des gens heureux*, de *Ces fous qui nous gouvernent* et co-auteur de nombreux autres ouvrages.

Valérie Doyen enseigne la sexologie au baccalauréat en conseil conjugal et familial, intervient comme enseignante au certificat universitaire en sexologie clinique (UCL). Elle est formée à la thérapie sexofonctionnelle

et diplômée de l'Institut d'études de la famille et de la sexualité de la Faculté de psychologie de l'Université de Louvain, diplômée du certificat universitaire en sexologie clinique. Elle consulte en cabinet privé ainsi que dans un centre de planning familial (Liège/Belgique).

Alexandra Hubin, Ph.D., est sexologue clinicienne et chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche sur les familles et les sexualités de l'Université catholique de Louvain (UCL). Elle consulte dans un centre médical de Bruxelles (Centre médical Médicis) et enseigne la sexologie clinique au certificat post-universitaire de sexologie de l'UCL ainsi que l'éducation sexuelle pour les centres PMS Libres. Elle donne de nombreuses conférences dans le champ de la santé affective, relationnelle et sexuelle.

Noëlla Jarrousse est sage-femme, sexologue, conseillère conjugale avec formation (AEU) cognitive et comportementale. Elle exerce à l'AP-HP-Pitié-Salpêtrière en oncologie à Paris, enseigne la sexologie dans le cadre du DIU de sexologie de Nantes/Rennes, anime, pour les sages-femmes, des formations dans le cadre de la Caisse nationale d'Assurance maladie et intervient dans d'autres structures comme la Ligue nationale contre le cancer. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *Les Thérapies comportementales et cognitives* (Ellebore, Paris).

Bruno Pierre, psychiatre libéral et praticien au CHS de Montbert (44), DEA d'histoire des sciences, formé comme thérapeute familial par l'association Forsyfa et comme thérapeute comportemental et cognitif par l'AFTCC, il s'intéresse actuellement à la pleine conscience et à la psychiatrie transculturelle.

François-Xavier Poudat, coordonnateur de cet ouvrage, est médecin psychiatre libéral, spécialisé en thérapie cognitive et comportementale et en thérapie sexuelle. Il est co-directeur de l'enseignement du DIU de sexologie regroupant les universités d'Angers, Brest, Caen, Nantes, Rennes, Poitiers et Tours. Dans le cadre hospitalier, il anime des groupes de restructuration cognitive et d'entraînement à l'affirmation de soi dans les pathologies addictives, notamment les dépendances affectives et les compulsions sexuelles, objets de ses recherches actuelles. Il a écrit plusieurs ouvrages, notamment *Bien vivre sa sexualité* et *La dépendance amoureuse* (Odile Jacob, Paris).

Gilles Trudel, Ph.D., est professeur titulaire, département de psychologie, Université du Québec à Montréal. Il est chercheur au Centre de recherche Fernand Séguin de l'Hôpital Louis H. Lafontaine, Montréal, et psychologue clinicien spécialisé dans les thérapies cognitive et comportementale. Ses recherches portent sur le fonctionnement conjugal et sexuel des retraités/aînés en lien avec leur fonctionnement psychologique et particulièrement la présence de symptômes de détresse psychologique modérée ou sévère.

Introduction

L'étude de la fonction sexuelle, de sa clinique et de sa prise en charge n'a été que trop peu prise en compte en thérapie comportementale et cognitive face aux grands thèmes de la psychopathologie générale. Avant que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC ; *N.B.* : cette abréviation sera utilisée tout au long de l'ouvrage) ne s'intéressent aux troubles sexuels et à leurs contingences internes et externes à partir de la seconde moitié du siècle dernier, la sexualité a d'abord intéressé les théories psychodynamiques (théorie psychanalytique sur la sexualité, Freud) avant d'être l'objet d'attention des sciences psycho-sociales (Kinsey, Masters et Johnson), puis des sciences médicales. L'officialisation du concept de « sexologie » et de « sexothérapeute », dans le cadre universitaire, a permis en même temps d'en faire une spécialité médicale, d'accélérer la recherche sur la fonction sexuelle, au risque de l'enfermer dans une psychiatrisation (problème du DSM-IV) excessive. Le concept bio-psycho-social nous oblige à ne jamais oublier que grand nombre de dysfonctions sexuelles ne sont pas des maladies et que nous évoluons sans cesse entre les sciences humaines et médicales, entre la biologie et le social, entre l'histoire personnelle et familiale et entre les contingences internes et externes... Depuis les années 1970-1980, différents courants ont apporté des éclairages nouveaux à la réflexion sexologique, les courants comportemental puis cognitif, puis plus récemment émotionnel et stratégique n'ont pas été en reste. Plusieurs spécialistes en sexothérapie et en TCC ont, depuis les années 1990, travaillé pour faire évoluer les concepts tant sur le plan clinique que sur celui du protocole thérapeutique. Dès lors, des ouvrages de prise en charge en TCC sur les troubles sexuels et/ou sur les dysharmonies conjugales ont vu le jour (Boisvert et Beaudry, Trudel, Poudat et Jarrousse). Ces ouvrages spécialisés n'ont été que le début d'un intérêt croissant pour la sexothérapie comportementale et cognitive. Bien que peu d'écrits aient vu et voient le jour sur ce sujet face à l'ensemble des publications en TCC, des recherches tant sur la clinique que la thérapeutique ont enrichi notre connaissance : elles auront, ici, une place de choix (de Carufel, de Sutter, Trudel, etc.).

Le projet de livres regroupant les connaissances actuelles en sexothérapie, thérapies de couple et TCC a été pensé et réfléchi depuis quelques années ; il devait compléter et remplacer les premiers ouvrages de sexothérapie comportementale qui risquaient de devenir, pour certaines données, obsolètes. Il a été proposé, devant l'importance des thèmes traités et l'abondance des données fournies, d'éditer ce travail en deux

volumes ayant chacun une thématique spécifique : dans le premier ouvrage, les dysfonctions et compulsions sexuelles et, dans le second, les dysharmonies conjugales et les prises en charge sexuelles et affectives dans certaines situations particulières. Le but principal de ces ouvrages est de donner, aux professionnels et à toute personne intéressée par ce sujet, les informations les plus récentes tant sur le plan clinique que thérapeutique, d'apporter un regard pertinent sur l'état des recherches en sexothérapie comportementale et de réunir des spécialistes en sexothérapie et en TCC qui, dans leur domaine spécifique, enrichissent la connaissance actuelle. Il n'était pas question de réécrire un ouvrage de sexologie ni de TCC « généraliste », mais plutôt de reprendre des informations classiques toujours pertinentes et d'y inclure les modes de lectures cliniques actuelles et les dernières nouveautés thérapeutiques.

Il nous a paru indispensable de débuter ce premier volume par un retour sur les principes théoriques et les règles de méthodologie générale, bases nécessaires à la compréhension des différents outils actuels utilisés en sexothérapie comportementale. Avant de nous centrer sur la clinique et les prises en charge des dysfonctions sexuelles, un regard croisé sur les différents modes de lecture des plaintes sexuelles est proposé. À côté des classiques lectures cognitives et comportementales qui reprennent évidemment les principes sur lesquels se fondent, depuis des décennies, les prises en charge sexothérapiques, il est proposé au lecteur de s'intéresser à des modes de lecture que certains ne placeront qu'aux frontières des courants TCC mais qui montrent la dynamique des courants « possibles » en TCC. Ces lectures associent autant des notions déjà existantes (la place des émotions, l'utilisation des états de conscience, les prescriptions de symptômes, les protocoles multimodaux, etc.) qu'il nous faut redécouvrir et revisiter, que des notions nouvelles pour les TCC (le questionnement solutionniste, le concept de changement, les apprentissages expérientiels, etc.), apportant « un plus » au regard que porte le thérapeute aux plaintes sexuelles et conjugales. L'intérêt de la lecture « troisième vague » et de la lecture systémique comportementale, telles qu'elles sont abordées dans le chapitre sur les modèles explicatifs, ainsi que le regard spécifique d'une lecture solutionniste, constructiviste, dans le chapitre de méthodologie générale, vont dans ce sens.

Loin d'être uniquement centrées sur les protocoles comportementaux, les dysfonctions sexuelles ont, du moins pour certaines d'entre elles, été « façonnées » par de nouvelles dimensions stratégiques qui associent autant la dimension émotionnelle, interactionnelle que cognitive aux côtés des protocoles classiques de thérapie comportementale. Nous avons gardé, pour cette partie de l'ouvrage, le découpage classique des différentes plaintes sexuelles. Chez la femme le vaginisme, les

dyspareunies et les anorgasmies seront étudiés. Chez l'homme, nous aborderons les troubles de l'éjaculation (avec l'éjaculation prématurée et l'anéjaculation) et les troubles de l'érection. Le désir hypoactif fera l'objet d'un chapitre qui sera dédié autant à la femme qu'à l'homme.

La dernière partie de ce premier volume abordera la problématique des compulsions et des obsessions sexuelles. Les protocoles classiques de TCC y sont développés reprenant les stratégies comportementales et cognitives sur le passage à l'acte et la prévention des rechutes. L'action principale n'est évidemment pas de se limiter à une éventuelle suppression des comportements compulsifs, mais avant tout de permettre au patient de « sortir » du système « addictif » dans lequel il est enfermé, en lui permettant de construire son propre processus d'autonomisation et de maturation sexuelle et affective. Il est également proposé, dans cette partie, d'étudier la place des TCC dans le cas particulier de la conduite pédophilique avec les spécificités thérapeutiques inhérentes à ce trouble.

François-Xavier Poudat

Partie I

Approches théoriques et cliniques

Chapitre 1
Lecture comportementale

François-Xavier Poudat

Le modèle descriptif des troubles sexuels a été, dès les années 1960 avec Masters et Johnson (1971), le premier modèle psychosocial décrivant scientifiquement la relation sexuelle dans sa réalité quotidienne et, sans le savoir, ce modèle se rapprochait du courant comportementaliste. Au départ et pour expliquer les conduites humaines, deux mécanismes majeurs furent au centre de celui-ci : le conditionnement répondant pavlovien et les théories de l'apprentissage opérant skinnérien. Nous pouvons encore aujourd'hui les prendre à notre compte pour expliquer le déclenchement et le maintien de certains troubles sexuels. C'est le cas par exemple de la phobie de la pénétration dans le vaginisme, de la précipitation dans l'éjaculation prématurée, du lâchage de l'érection dans l'impuissance, ou de la difficulté à éjaculer dans l'anéjaculation. Sans y associer la lecture cognitive ou la lecture contextuelle, le regard comportementaliste, nous permet déjà de bien comprendre comment le symptôme se met en place et comment il se maintient. La mise en place du « cercle vicieux » renforçateur du trouble sexuel est directement compréhensive par la lecture comportementale.

Les principaux paramètres étudiés dans cette lecture comportementale concernent les critères suivants : les *facteurs mécaniques exprimant le trouble* (la contracture du vagin dans le vaginisme, la baisse de l'érection dans la dysfonction érectile, la rapidité ou au contraire l'absence d'éjaculation dans les troubles de l'éjaculation, etc.), les *facteurs comportementaux, conséquences renforçatrices du trouble* (évitement, répétition, surcompensation, inhibition comportementale, etc.), les *facteurs étiologiques comportementaux* (défaut d'apprentissage, crise conjugale, traumatismes associés, etc.).

Dès les années 1970-1980, les exercices de Masters et Johnson ont été repris pour des interventions ciblées en thérapie comportementale. LoPiccolo (1975), Kaplan (1974), Trudel (1988), Poudat et Jarrousse (1992) ont décrit des protocoles associant, à une analyse multidirectionnelle, des exercices comportementaux, tels que la désensibilisation dans le vaginisme, les techniques d'exposition du *sensate focus*, l'apprentissage de la masturbation dans l'anorgasmie ou la technique du « *squeeze* » dans l'éjaculation prématurée. Ces méthodes typiquement comportementales, efficaces à court terme, ont vu progressivement leurs protocoles s'étoffer par l'arrivée d'une lecture cognitive puis multifactorielle du trouble sexuel. Les techniques ont toujours leur place encore actuellement lorsque le patient utilise de manière privilégiée le registre comportemental pour exprimer son trouble et lorsque l'un des facteurs déclencheurs est lié à un défaut d'apprentissage.

Il a semblé de plus en plus utile de revoir certains protocoles comportementaux (par exemple dans les échecs à long terme de la technique du squeeze ou du « *stop-and-go* » dans l'éjaculation prématurée) afin de mieux comprendre certaines rechutes et modifier nos critères d'élaboration thérapeutique (de Carufel, 2009 ; de Sutter et al., 2002). Il a été montré que si la cause est principalement liée à un manque d'apprentissage, les techniques ci-dessus peuvent être efficaces ; en revanche, si la cause est liée à des schémas de croyance trop directifs et enfermants ou à un niveau émotionnel trop perturbant lors de l'acte sexuel, la prise en charge comportementale est peu efficace sur le long terme.

Il est apparu très vite que le comportement tel qu'il est dans son expression « ouverte » ne pouvait pas être isolé du reste de la personne bio-psycho-sociale. Le comportement en tant que « ce qui se voit du problème » est alors devenu le comportement problème selon Fontaine et Ylieff (1981), regroupant l'environnement, le biologique, l'historique, les renforcements, les cognitions, etc. Sans rien enlever à la lecture comportementale et aux outils qui s'y associent, cette vision interactionnelle a sans doute permis de regarder le symptôme sexuel dans toutes ses composantes même les plus intimes et privées, et ainsi agir sur la prévention des rechutes.

Gardons en tête ce qui a fait le fondement même des thérapies cognitives et comportementales ; là encore, loin d'être obsolète, le point de vue comportemental fait encore partie intégrante des protocoles multifactoriels. Il a évolué par le fait même que les techniques qui s'y associent n'ont plus uniquement comme but ultime la disparition systématique du problème (un au-delà du génital), mais d'abord et avant tout la recherche d'une satisfaction tant du sujet que du couple, un apaisement émotionnel du patient, et une amélioration de ses compétences et ressources affectives.

Références

de Carufel, F. (2009). *L'éjaculation prématurée*. Bruxelles : Presses Universitaires de Louvain.

de Sutter, P., Reynaert, C., Van Broeck, N., & de Carufel, F. (2002). Traitement de l'EP par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportentale sexologique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, p.131-136.

Fontaine, O., & Ylieff, M. (1981). L'analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental. *Journal de thérapie comportementale de langue française*, III, p.119-130.

Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Masters, W.H., & Johnson, W.C. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Laffont.

LoPiccolo, J. (1975). Direct treatment of sexual dysfunction. *Handbook of sexology*. Amsterdam : SP Biological and Medical Press.

Poudat, F.X., & Jarrousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson.

Trudel, G. (1988). *Les dysfonctions sexuelles. Évaluation et traitement*. Montréal : Presses Universitaires du Québec.

Chapitre 2
Lecture cognitive

François-Xavier Poudat

Les théories cognitives, extension des théories comportementales, ont permis de mettre l'accent sur la place de l'activité mentale, des pensées, des images et de leur signification personnelle dans leur relation avec les perceptions, les émotions et les comportements. Cette lecture est devenue essentielle à la compréhension du fonctionnement humain.

Le trouble sexuel est l'exemple même de plainte où interagissent les comportements, les cognitions, les émotions et l'environnement. Le paramètre sexuel peut se lire au travers des émotions (peur, tristesse, anxiété, plaisir, excitation, etc.), des cognitions (tabous, principes schémas dysfonctionnels, croyances irrationnelles), des comportements (inhibition, répétitions, évitement, obsessionnalisation) et de l'environnement (culture, religion, média, structure familiale, nouveau couple, attitude de l'autre, etc.).

Nous avons vu apparaître, récemment, au même titre que la « troisième vague » en thérapie cognitive et comportementale (TCC), le développement d'une nouvelle perspective cognitiviste (cognitivo-constructiviste) au côté d'une perspective cognitive rationnelle plus classique (Guidano, 1991).

Dans la perspective cognitive rationaliste, « ... il existe une réalité externe, unique et objectivable qui se révèle à travers les organes de perception. Par conséquent, la connaissance peut être considérée comme valable lorsqu'il y a une bonne concordance entre le monde réel et les représentations du sujet... ». La perspective constructiviste « abandonne le principe qu'il existe une seule et unique réalité à la faveur d'un relativisme qui admet l'existence de plusieurs réalités... Le constructivisme ne nie pas l'existence de la réalité : il nie la possibilité de la connaître telle qu'elle est. Le monde que nous percevons est celui

qui est construit par nos expériences... La notion de validité dans la vision rationaliste est remplacée, ici, par la notion de viabilité, c'est-à-dire la construction de significations plus ou moins adaptatives pour un individu... » (Bondolfi & Bizzini, 1998). Voilà qui élargit le champ de notre réflexion, comme le fait la troisième vague, en nous permettant d'enrichir notre « boîte à outils » utile à notre travail TCC/sexothérapie, agissant sur les systèmes cognitifs obsédants, sur les croyances, sur l'imagerie mentale, sur les fantasmes et sur les traumatismes verrouillés du passé.

Clinique cognitive

Au cours de l'analyse fonctionnelle des troubles sexuels, l'analyse du système cognitif, tant du côté du patient et de sa plainte, que de celui de son partenaire (existant ou pas), voire même de celui du système relationnel, est fondamentale pour une action globale sur la plainte. L'étude du système cognitif va passer par l'analyse de deux paramètres fondamentaux : d'une part, les pensées dysfonctionnelles du patient face au problème et à ses conséquences ; d'autre part, les schémas cognitifs, structures plus ou moins conscientes mises en place dès l'enfance, véritables principes de vie qui sous-tendent les comportements et attitudes sexuels des hommes et des femmes dans la vie quotidienne.

Pensées dysfonctionnelles

Différents moyens peuvent être utilisés pour mettre en évidence les cognitions négatives, ruminations anxieuses et pensées parasites. Les cognitions se repèrent au cours de l'entretien à l'occasion de certains moments particuliers comme lors du questionnement, lors d'une forte émotion exprimée, lors d'un jeu de rôle ou d'une séance de relaxation. Elles peuvent aussi être mises en évidence par l'utilisation de tests ou d'auto-évaluations spécifiques ou par un auto-enregistrement (triple colonne de Beck) des pensées parasites et ruminatoires du patient associées au contexte et aux émotions vécus avant, pendant et après l'apparition du problème.

Schémas cognitifs inconscients

Nous avons déjà souligné que la connaissance des pensées dysfonctionnelles, ainsi que la prise de conscience du caractère pathologique de celles-ci, n'étaient pas en soi suffisantes pour résoudre un problème sexuel. Il est donc essentiel de rechercher ce que sous-tendent ces idées parasites, et notamment rechercher les schémas cognitifs plus ou moins conscients construits sur les normes sociales, culturelles, éducatives, religieuses et familiales dans lesquelles l'individu a pu structurer son

histoire, véritable « bain » corporel, cognitif, comportemental et environnemental. Cela constitue de véritables empreintes ou schémas émotionnels, comportementaux et cognitifs. Ces empreintes inconscientes vont elles-mêmes servir de base à la mise en place des normes sociales et familiales, créant un véritable discours avec ses règles et principes concernant par exemple la sexualité, le couple, la famille ou le corps. C'est ce discours qu'il sera nécessaire d'analyser afin de mieux comprendre le lien qui peut exister entre la présence de ces normes sociales, la mise en place d'un discours particulier sur la sexualité et le vécu sexuel et conjugal actuel. Nous savons, par exemple, que le choix du conjoint s'effectue en fonction de ces empreintes normatives et de ces schémas cognitifs. Il y a donc un véritable lien entre le vécu sexuel, le choix du conjoint, le discours sur l'« objectif sexuel » et les normes ou empreintes familiales.

Les thèmes les plus fréquemment rencontrés sont liés, chez l'homme, à la notion de performance, d'efficacité et de résultat et, chez la femme, à la notion de contexte, de lâcher-prise et de sensualité.

Chez l'homme :

- la pénétration est obligatoire pour le plaisir masculin ;
- l'érection doit être permanente pendant le rapport sexuel ;
- l'homme n'est pas sensuel ;
- sensualité = féminité ;
- un sexe « qui ne ferait pas des dimensions normales » rendrait impossible un rapport sexuel ;
- le rapport sexuel se découpe en plusieurs phases successives – caresses, érection, pénétration – par lesquelles il faut passer obligatoirement ;
- l'homme doit être actif tout au long des rapports sexuels ;
- c'est l'éjaculation qui crée l'orgasme féminin ;
- l'homme a plus de désir sexuel que la femme ;
- la sexualité disparaît au troisième âge ;
- l'absence de désir sexuel signifie systématiquement absence d'amour.

Chez la femme :

- la femme n'est pas sexuelle ;
- la pénétration est obligatoire pour l'orgasme féminin ;
- la femme est passive ;
- la femme est multi-orgasmique ;
- la femme n'a plus de sexualité après la ménopause ;
- l'orgasme déclenché par le clitoris serait insuffisant vis-à-vis de l'orgasme déclenché par la stimulation vaginale et serait le fait d'une sexualité immature ;
- l'orgasme de la femme et celui de l'homme doivent être simultanés ;
- la sexualité est innée et naturelle ;
- les fantasmes sont interdits ;
- la masturbation est interdite.

Prise en charge cognitive

Par la connaissance des croyances irrationnelles et des distorsions cognitives, nous pouvons par là même reconstruire l'histoire de cet acquis cognitif qui, depuis l'enfance, va permettre la mise en place d'une véritable représentation cognitive amenant à l'apparition des problèmes sexuels. C'est dans ce contexte cognitif du trouble sexuel que la prise en charge prendra tout son sens ; elle comprend trois étapes essentielles qui seront abordées dans le Chapitre 9, « Les différentes approches thérapeutiques » : l'information pédagogique, la thérapie cognitive *in vivo* et la thérapie cognitive sous relaxation.

Pour certains auteurs, les thérapies cognitives sont plus difficiles à mettre en place lorsque le patient est en conscience ordinaire, c'est-à-dire lors d'un entretien thérapeutique classique. L'utilisation des états modifiés de conscience peut être alors pertinente, retrouvée par exemple au cours des techniques de relaxation profonde de sophro-hypnose, voire d'hypnose. Elles permettent une ouverture du champ de conscience et une libération émotionnelle induisant un travail cognitif plus élaboré. La question est de savoir si c'est l'état modifié de conscience qui permet au sujet d'augmenter sa suggestibilité, donc le travail cognitif, ou si c'est la situation dans laquelle le sujet se trouve à l'égard du thérapeute, notamment en confiance, l'attitude positive, chaleureuse, l'attente de résultats qui modifient l'état de conscience du sujet et du thérapeute, et qui va rendre efficace le travail cognitif. Van Craen (1991) parle de l'association hypnose et thérapies cognitives pour expliquer l'intérêt qu'il y a à pouvoir modifier l'état de conscience de la personne et agir avec des techniques cognitives plus appropriées sur les troubles psychiques que présentent les patients. Araoz (1994) estime que l'hypnose est essentiellement une forme de restructuration cognitive. Sa méthode « *negative self hypnosis* » consiste à utiliser un « état de transe » (conscience modifiée) afin de détecter les cognitions subconscientes négatives. Il demande ensuite au sujet d'amplifier ses pensées, images et impressions, jusqu'au moment où les sujets réalisent leurs effets émotionnels et deviennent conscients du processus d'autohypnose négatif. Après avoir développé les cognitions alternatives, le thérapeute les applique dans la visualisation d'une scène où le sujet maîtrise son problème.

Dans certains travaux (Poudat, 1995), l'utilisation de la sophrologie avec les techniques de relaxation dynamique et de sophronisation s'avère très efficace. La relaxation dynamique (relaxation du corps) va rattacher la sensation à la cognition ; la sophronisation (travail mental) va rattacher l'émotion à la cognition et par là même faciliter le travail de sexothérapie. La méthode de « pleine conscience » (*mindfulness based cognitive therapy* ; Segal et al., 2001) peut aussi s'avérer intéressante en fixant

son attention sur une expérience présente, sans jugement ni présupposé ; le sujet accueille les sensations, cognitions et émotions, permettant par là même une modification des systèmes cognitifs sous-jacents.

Nous pouvons également utiliser ces techniques dans les ruminations obsédantes d'échec en utilisant soit les techniques classiques d'arrêt de la pensée sous relaxation permettant de stopper la pensée irrationnelle pour la remplacer par une pensée alternative, soit les techniques d'acceptation des pensées et des émotions associées.

Conclusion

Comparativement aux thérapies comportementales utilisées jusqu'alors dans les prises en charge sexothérapiques, les thérapies cognitives nous permettent d'ouvrir le champ des progrès thérapeutiques avec une action spécifique, tant dans l'abord et la modification des systèmes de pensée et des schémas de croyance du patient porteur d'un trouble sexuel (courant classique, radical), que dans la prévention des rechutes, grâce à une prise en charge globale de l'être (courant constructiviste). D'autre part, les thérapies cognitives ne visent pas simplement à une action sur l'individu lui-même ; dans les prises en charge conjugales, elles peuvent être utilisées pour améliorer la communication au sein du couple. Nous pouvons prendre l'exemple du travail sur les « attentes » ; chaque membre du couple définit ses attentes idéalisées puis ses attentes réalistes concernant les thèmes suivants : le partenaire, la relation de couple, la sexualité, les besoins vitaux. Chacun peut s'interroger sur ses propres cognitions négatives vis-à-vis de l'autre, sur celles qui doivent changer et sur la possibilité de s'approprier sa propre responsabilité dans le système conjugal. Cela va bien au-delà d'une prise en charge comportementale d'élimination du problème.

Nous ne pouvons omettre, dans ce travail cognitif, deux paramètres à la croisée du système cognitif et émotionnel que sont les sentiments ou affects et l'imaginaire fantasmatique. Le thérapeute d'orientation cognitiviste devra donc toujours avoir une vue bio-psycho-sociale de l'être qui porte la dysfonction sexuelle. C'est en cela que ces considérations s'intègrent dans la rencontre des sciences humaines et médicales, demandant à mettre en place une véritable psychothérapie cognitivo-comportementale.

Références

Araoz, D.L. (1994). Hypnose et sexologie. *Une thérapie des troubles sexuels*. Paris : Albin Michel.

Bondolfi, G., & Bizzini, V. (1998). Les apports du constructivisme en psychothérapie cognitive. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, *III*, p.17-25.

Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. New York : Guilford Press.
Poudat, F.X. (1995). La prise en charge corporelle dans les thérapies cognitivo-comportementales : « Du symptôme à la globalité ». *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *5*, p.128-137.
Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *A new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press.
Van Craen, X. (1991). Hypnose et thérapie cognitive. *Phoenix*, *11/12*, p.53-55.

Chapitre 3
Lecture « troisième vague »

Jean-Marie Boisvert, Madeleine Beaudry

Après le bref aperçu du modèle comportemental (associé à la « première vague ») et du modèle cognitif (associé à la « deuxième vague »), voici une description des caractéristiques d'un modèle plus récent que Hayes (2004) a qualifié de « troisième génération » ou « troisième vague ». Tout en tenant compte des acquis des deux premières vagues, cette troisième vague accorde une importance primordiale à des concepts relativement nouveaux, du moins en ce qui a trait à l'intervention cognitivo-comportementale auprès des couples : le contexte (et contextualisme), l'acceptation, la régulation des émotions et la pleine conscience, etc.

Selon Hayes et al. (1999), le « contextualisme fonctionnel » constitue la base philosophique de la troisième vague. Cela signifie que la nature et la fonction d'un comportement sont analysées dans l'interaction de l'organisme avec les contextes historique et actuel. L'ensemble des expériences vécues dans différents contextes constitue l'histoire d'apprentissage d'une personne. Sur le plan conjugal, les interactions sont grandement influencées par les histoires d'apprentissage de chacun. Comme le soutiennent Jacobson et Christensen (1996), certains éléments marquants provenant de ces histoires d'apprentissage représentent une dimension importante du contexte actuel des interactions conjugales. Dans le but de modifier ces interactions, la psychothérapie doit procurer aux conjoints des expériences qui ajouteront de nouveaux éléments aux histoires d'apprentissage, de façon à produire des changements « contextuels » (*contextual shifts*) (Jacobson & Christensen, 1996).

Les tenants de la troisième vague ont tendance à favoriser les comportements façonnés par les contingences (*contingency-shaped*) plutôt que

Sexualité, couple et TCC_Les plaintes sexuelles

régis par les règles (*rule-governed*) (Skinner, 1966). Pour ce faire, les interventions thérapeutiques font appel le plus souvent possible à un apprentissage expérientiel et se fondent moins fréquemment sur des règles prescrites par le thérapeute ou négociées par les conjoints. La recherche a montré que les règles produisent une plus grande rigidité et une moins bonne capacité à s'adapter aux changements environnementaux, comparativement à l'apprentissage expérientiel (Hayes et al., 1999). De plus, les changements façonnés par les contingences apparaissent plus authentiques et représentent souvent le type de changements désirés par les conjoints (Jacobson & Christensen, 1996). Les règles peuvent susciter des modifications comportementales ; toutefois, les nouveaux comportements auront une plus grande probabilité de se maintenir s'il y a présence d'un renforcement naturel. Par exemple, à la suite d'une suggestion du thérapeute, un conjoint pourra exprimer son appréciation à sa conjointe, mais il est bien possible que ce comportement se maintienne uniquement s'il suscite un renforcement naturel (par exemple, si la conjointe lui exprime, par son sourire, que cela lui plaît). Ou encore, des conjoints peuvent négocier une entente concernant les tâches domestiques, ce qui constitue une règle ; l'entente aura certainement plus de chances d'être respectée si elle produit un renforcement naturel, comme des interactions plus agréables dans la vie quotidienne. Les changements souhaités par les conjoints portent souvent sur des comportements (relations sexuelles, manifestations d'affection, communication dans la vie quotidienne, etc.) qui seront considérés plus authentiques, plus sincères, s'ils sont suscités par des contingences naturelles plutôt que par des règles.

L'acceptation est un concept fondamental pour les psychothérapeutes de la troisième génération. Il peut s'agir de l'acceptation de soi, mais dans l'intervention auprès des couples, l'acceptation de l'autre revêt une importance toute particulière. Jacobson et Christensen (1996) en ont fait le fondement principal de leur approche thérapeutique. Ils considèrent que les deux premières vagues ont misé principalement sur des stratégies favorisant le changement et ont ainsi obtenu un certain succès. Toutefois, il y a échec avec des conjoints qui sont incapables de faire des changements dans leurs comportements, pour quelle que raison que ce soit. Il y a donc lieu de promouvoir l'acceptation quand des conjoints se retrouvent devant des différences irréconciliables et des problèmes insolubles, et ne peuvent modifier leurs comportements. Jacobson et Christensen considèrent donc que, dans l'intervention auprès des couples, il faut utiliser des stratégies qui suscitent l'acceptation tout autant que le changement.

La régulation des émotions s'ajoute aux concepts de la troisième vague. Intégrant les fondements théoriques de la thérapie comportementale

dialectique mise en avant par Linehan (1993) dans le traitement des personnes présentant des troubles de personnalité borderline, Fruzzetti (2008) considère que le principal problème des couples insatisfaits relève d'un dysfonctionnement émotif qui entraîne des patterns de conflits destructeurs. Incapables de diminuer leurs émotions négatives très intenses, les conjoints éprouveraient beaucoup de difficultés à exprimer leurs émotions et à porter attention à leur partenaire.

Pour en arriver à des relations plus satisfaisantes, chacun des conjoints doit apprendre à composer avec ses émotions négatives de manière efficace, ce qui, en retour, facilitera l'établissement d'une bonne communication (soit l'expression adéquate suivie par la compréhension et la validation du point de vue de l'autre). Les principales stratégies proposées par Fruzetti consistent à cultiver l'acceptation de soi et de l'autre en développant la pleine conscience (*mindfullness*) de soi, de l'autre et de la relation. Pour atteindre la pleine conscience, il faut observer et décrire les émotions, les pensées et les actions de chacun, et les impacts qu'elles ont sur les deux personnes, sans porter de jugement. Fruzetti ajoute donc ici un travail thérapeutique individuel, alors que la thérapie de couple des deux premières vagues se concentrait sur la relation de couple et non sur les individus.

Les frontières entre les trois vagues ne sont pas étanches. Les tenants de la troisième vague font souvent référence à des concepts très utilisés dans les deux premières vagues : expression de soi, écoute active, validation, résolution de problèmes, absence d'évitement, exposition, etc. De plus, un examen attentif de la définition de ces différents concepts montre qu'il y a une certaine convergence entre eux ; ainsi, le concept de pleine conscience sans jugement rejoint celui de validation, d'absence d'évitement et d'exposition ; quand un conjoint prend pleinement conscience d'une interaction, il s'y expose et ne l'évite pas et, s'il le fait sans porter de jugement, il lui sera plus facile de faire de la validation. Malgré ces recoupements conceptuels, il est intéressant d'observer comment chaque vague met l'accent sur des variables différentes, ce qui constitue une manière différente de concevoir la vie de couple et d'intervenir pour l'améliorer.

Références

Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple (traduction de G. Patenaude)* (document original publié en 2006). Saint-Constant Québec : Broquet.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. *In* S.C., Hayes, V.M., Follette, & M.M., Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance : expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1–29). New York : Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. New York : GuilfordPress.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy : promoting acceptance and change*. New York : Norton.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.

Skinner, B.F. (1966). *The behavior of organisms : an experimental analysis*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Chapitre 4
Lecture systémique et comportementale des couples

Bruno Pierre

Cas clinique

François, 37 ans, magasinier, et sa compagne Aude, 26 ans, aide en cuisine, viennent en consultation de couple pour exposer leur difficulté conjugale : depuis la naissance de leur fille Marie, âgée de 2 ans, leurs relations sont devenues moins proches, tous deux se comportant « comme deux copains » selon François.

Aude, qui se présente comme une jolie jeune femme un peu craintive, parlant bas, d'un ton doux, se plaint du manque d'attention de son conjoint pour leur enfant. Il n'écoute pas son avis, ce qui entraîne des disputes. C'est « son premier homme » ; elle apprécie sa fidélité, sa complicité, sa gentillesse et ses qualités de bon gestionnaire à la maison. Elle souffre en revanche de son besoin de contrôle sur les tâches domestiques, François allant jusqu'à refaire le ménage derrière elle.

François, d'allure sportive, vêtu d'un survêtement, les cheveux rasés, dit d'un ton affirmé que sa femme, qui s'est « tournée vers notre fille », n'est plus coquette, que les relations sexuelles s'espacent et qu'il ne supporterait pas une « femme dominante ». Il l'a choisie car elle lui est apparue belle, coquette et « difficilement abordable ». « J'ai relevé le défi », dit-il. Il attend que sa femme soit moins « collante », qu'elle prenne des initiatives et « qu'elle se passe de moi ».

Face à ce couple, posons-nous la question : en quoi la vision et les interventions d'un thérapeute systémique différeront ou se croiseront avec la vision et les interventions d'un thérapeute des TCC ?

Sexualité, couple et TCC_Les plaintes sexuelles

La vision du couple selon les TCC et la thérapie systémique

Un thérapeute en TCC, tout en reconnaissant l'importance des théories de l'apprentissage dans la structuration et le maintien de la dynamique conjugale, se concentrera sur les événements actuels qui influencent de façon continue les interactions des deux partenaires. La relation conjugale se compose de séquences comportementales réciproques et circulaires, dans lesquelles le comportement de chaque membre du couple est affecté par l'autre, en même temps qu'il l'influence (Jacobson & Margolin, 1979).Cette thérapie contextuelle va chercher à exercer une influence sur les interactions présentes et futures dans l'environnement actuel du couple, donc dans l'ici et maintenant.

Pour les thérapeutes de la première systémie (de la fin des années 1950 aux années 1970) comme Haley (1992) ou Satir (1971, 1972), la notion de base est l'homéostasie : tout système, en particulier le système couple, tend à rester à l'équilibre grâce à des rétroactions (d'où la circularité des informations dans le couple) qui le ramènent à l'équilibre quand des événements l'en écartent. Les symptômes fonctionnent souvent, comme l'écrit Byng-Hall (1982), « comme un régulateur de la distance conjugale ».

Ainsi, notons les interactions du couple François et Aude : il y a les reproches de François quant à l'éloignement de sa femme sur le plan affectif et sexuel, auxquels son épouse répond par des reproches sur l'absence de son mari du foyer, reproches symétriques qui entraînent des disputes et l'éloignement du mari du foyer, laissant la femme plus responsable au foyer. La boucle est bouclée.

Cette vision contextuelle du couple semble bien proche dans les deux types de thérapies.

Première systémie et TCC

Le thérapeute systémique va aider le couple à retrouver un nouvel équilibre ; il jouera un rôle de réparateur, comme l'écrira Caillé (1991).

Il s'agit, comme dans les sciences expérimentales, d'observer la danse des interactions : poser une hypothèse (systémique), expérimenter selon cette hypothèse une technique psychothérapique et changer d'hypothèse si ces techniques ne sont pas fructueuses.

Cela évoque fortement l'analyse fonctionnelle, où l'on propose une hypothèse à partir des conséquences renforçatrices ou aversives des comportements pathologiques observés dans le couple, hypothèse qui induit une action thérapeutique particulière dont on évalue ensuite l'efficacité.

L'hypothèse structurale renvoie au courant structural de la thérapie familiale, qui est représenté par Minuchin (1983, 1996), pour qui la famille « à l'instar d'un organe vivant, ne peut remplir ses fonctions » si la structure est perturbée, ce concept de structure devant être entendu au sens médical du terme. L'hypothèse structurale peut stipuler que les rôles de chacun sont définis de manière très complémentaire. Dans l'exemple de François et d'Aude, François, avant la naissance de Marie, gère, dans une position hiérarchique haute, les décisions importantes, Aude appréciant son rôle protecteur. Après la naissance, François s'éclipse de la famille et évite son rôle de père ; Aude s'éloigne de son rôle d'épouse affectueuse et prend la responsabilité de sa fille. La hiérarchie se modifie, les frontières deviennent peu perméables, ne permettant pas que les besoins de chacun soient entendus : la femme demande à son conjoint de l'attention pour elle-même et qu'il tienne son rôle de père, le mari demande que sa femme soit de nouveau désirable et désirante.

Une thérapie structurale pourrait travailler sur les frontières à l'intérieur du couple afin de les reperméabiliser. Ainsi, le thérapeute peut prescrire, en séance, des tâches communes : François et Aude parleront chacun à leur tour en prenant par exemple le « bâton de parole », l'un écoutant l'autre attentivement, chacun rapportant ce qu'il a pu entendre de l'autre. Il pourra aussi être prescrit des tâches à effectuer à la maison : moments de paroles en commun sur un événement particulier à telle heure pendant un temps précis par exemple.

Ici, l'analyse ne correspond pas directement à l'analyse fonctionnelle, mais on y retrouve des techniques parfois très proches des TCC orientées sur la communication dans les couples, avec des techniques, comme l'écrit Fanget (2010), d'apprentissage de l'affirmation douce de chacun dans le couple. Le travail avec des couples fusionnels ou indépendants tel que le présente Fanget se rapproche de celui avec des couples enchevêtrés ou désengagés de Minuchin.

Pour un thérapeute stratégique comme Haley (1992), le symptôme est la métaphore du problème systémique, symptôme qui protège le couple en le maintenant en vie.

L'hypothèse stratégique se fonde sur le fait que les disputes autour du manque d'intimité de François avec Aude, et du manque d'attention de François envers Aude et Marie, permettent à la fois à François et à Aude de rester en contact émotionnel intense, tout en permettant à François d'éviter son rôle de père. Le symptôme permet à François de sortir seul, et à Aude de rester avec sa fille dans une relation privilégiée. Dans une perspective stratégique, on pourrait proposer à tous les deux une tâche minimale (en raison de la résistance du système au changement) : elle consisterait en un rapprochement, par exemple 5 minutes de promenade quotidienne en couple. Des tâches paradoxales peuvent

aussi être proposées, comme la programmation d'une dispute à une heure précise un jour de la semaine pendant 15 minutes (la prescription du symptôme peut le désactiver).

L'hypothèse stratégique se rapproche ici de l'analyse fonctionnelle des TCC qui insiste sur le renforcement des symptômes dans le couple. Les techniques d'exposition d'un membre du couple au comportement négatif de l'autre, décrites par Christensen et al. (2008) (promoteur dans les TCC de la thérapie intégrative des couples) durant la séance et en dehors des séances, dans une perspective d'acceptation, apparaissent bien proches de la prescription du symptôme chère aux thérapeutes stratégiques.

Dans un courant expérientiel, dont Whitaker (1989 ; Napier & Whitaker, 1980) et Satir (1971, 1972) sont les représentants emblématiques, il importe de permettre aux membres du couple de vivre une expérience émotionnelle intense favorisant une croissance émotionnelle d'où émergera la croissance de l'individu. L'hypothèse expérientielle situe le nœud du vécu émotionnel de François et Aude dans l'arrivée de leur premier enfant. Une séance sera centrée sur les émotions (positives et négatives) vécues autour de cet événement. Il ne s'agit pas de régler un problème spécifique, mais de permettre l'épanouissement des membres du couple.

Là encore, notons que les thérapeutes des TCC comme Christensen et al. (2008) insistent sur les expérimentations émotionnelles progressives orchestrées par le thérapeute qui font vivre aux personnes des expériences contextuelles modifiant leur engagement dans le couple, notion bien proche de celle des thérapeutes du courant expérientiel.

Au total, les techniques des TCC et des thérapeutes systémiques de la première génération semblent se croiser, voire se recouvrir par endroits. Cela est, selon Caillé, thérapeute de la deuxième systémie, logique puisque tous ces thérapeutes systémiques sont des « réparateurs » de la relation, comme le sont les thérapeutes des TCC.

Deuxième systémie et TCC

La démarcation des thérapeutes des TCC serait-elle beaucoup plus profonde avec ces thérapeutes de la deuxième systémie ?

La deuxième systémie, qui naît dans les années 1980, considère l'observateur comme faisant partie du système thérapeutique. Le rôle du thérapeute n'est pas d'être un réparateur, mais d'être un créateur et de co-construire avec les membres du système une nouvelle réalité, qui n'est pas la vérité, mais une réalité moins contraignante et moins douloureuse que la réalité amenée par le couple.

Caillé (1991, 2001), comme Elkaïm (1989), a considéré le couple avec une certaine fascination : deux personnes différentes appartenant

à deux systèmes différents vont créer d'eux-mêmes, par autopoïèse (autogénération), un nouveau système, avec ses frontières et ses règles. Le couple va s'ancrer sur un récit dont les particularités fondent son originalité, qui, inspirant la passion, le fera perdurer. Caillé va appeler ce récit l'« absolu du couple » proche du « programme du monde du couple » d'Elkaïm, ou de l'« intime du couple » de Neubeurger (1995).

Caillé va explorer cet absolu du couple à travers les objets flottants (Caillé & Rey, 1994) : objets situés dans un espace intermédiaire entre le thérapeute et le couple et co-construits par eux. Il peut s'agir par exemple de tableaux de rêve, utilisés lors de la thérapie du couple de François et Aude. Chacun, dans le couple, est amené à avoir des images de rêve en séance, en lien avec la spécificité de leur relation, sous une forme minérale, végétale, animale (sauf une forme humaine). François se représente comme un nid douillet, et représente Aude comme une plume emmêlée au nid, mais risquant de s'envoler emportée par le vent. Aude se verra comme une plante aquatique attachée à un rocher qui représente François, plante que le courant risque d'arracher. Aude et François vont mimer ensemble leur rôle dans les deux tableaux de rêve, et accéder de manière analogique à leur absolu de couple.

Cette notion d'absolu du couple peut être rapprochée de la thérapie de couple développée par Fanget sous le nom de « 1 + 1 = 3 » (nom évoquant le livre de Caillé, *Un et un font trois*, 1991). Fanget insiste sur la notion du 3 dans le couple qui renvoie à la relation et à la notion de valeur commune (valeur de ce qui compte pour le couple) transcendant les valeurs de chaque membre du couple. Cette notion de valeur est à relier aux thérapies de l'acceptation et d'engagement des TCC, décrite par Schoendorff (2009).

Enfin, de Shazer (1991), thérapeute systémique solutionniste, propose de son côté que cette nouvelle co-construction de la réalité s'effectue par un travail sur les exceptions (que se passe-t-il quand le problème n'est pas là ?) et par l'utilisation de la « question miracle » (si pendant le sommeil, les problèmes amenant en thérapie sont résolus, comment les patients le sauront-ils le lendemain au réveil ?) ; l'amplification de ces deux outils par des échelles d'objectifs et de motivation est associée à cette thérapie. Certains thérapeutes des TCC (Poudat, 2000) appliquent des techniques comportementales et cognitives dans les thérapies de couple à partir des objectifs « à petits pas » construits à la suite de ces questionnements solutionnistes.

Conclusion

Il n'est pas étonnant qu'en travaillant sur un système commun, le couple, les thérapeutes des TCC non seulement avec ceux de la première systémie, plus « réparateurs », mais aussi les thérapeutes de la deuxième

systémie qui se veulent plus « créateurs », se croisent et se rencontrent, pouvant alors s'enrichir mutuellement.

Références

Byng-Hall, J. (1982). Symptom bearer as marital distance regulator : clinical implications. *Family Process*, *21*, p.21-41.

Caille, P. (1991). *Un et un font trois*. Paris : ESF.

Caille, P. (2001). Le destin des couples. Avatars et métamorphoses de la passion. *Thérapie familiale*, *4*, p.361-369.

Caille, P., & Rey, Y. (1994). *Les objets flottants*. Paris : ESF.

Christensen, A., Weeler, J.G., & Jacobson, N.S. (2008). Couples in distress. *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 662–689). New York : Guilford Press.

De Shazer, S. (1991). *Différence*. Bruxelles : Satas.

Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Paris : Le Seuil.

Fanget, F. (2010). *Oser la vie à deux*. Paris : Odile Jacob.

Haley, J. (1992). *Stratégies de la psychothérapie*. Toulouse : Érès.

Jacobson, S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York : Brunner/Mazel.

Minuchin, S. (1983). *Familles en thérapie*. Paris : Éditions Universitaires.

Minuchin, S. (1996). *La thérapie familiale*. Paris : ESF.

Napier, A., & Whitaker, C. (1980). *Le creuset familial*. Paris : Laffont.

Neuburger, R. (1995). *Le mythe familial*. Paris : ESF.

Poudat, F.X. (2000). Le questionnement solutionniste en thérapie sexuelle. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *10*, 85-97.

Satir, V. (1972). *Pour retrouver une harmonie familiale*. Paris : Delarge.

Satir, V. (1971). *Thérapie du couple et de la famille*. Paris : Desclée de Brouwer.

Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance*. Paris : Retz.

Whitaker, C. (1989). *Les rêveries d'un thérapeute familial*. Paris : ESF.

Chapitre 5
L'alliance, les plaintes, les attentes et les objectifs

François-Xavier Poudat

L'alliance

La relation avec le patient est une relation personnalisée qui demande, de la part du thérapeute, de l'empathie et de l'affection. Elle demande aussi que le thérapeute soit inventif, humoriste, respectueux, en position basse (et surtout pas en thérapeute tout puissant, magique, capable de tout traiter, tout faire comme un instrumentaliste technicien du sexe).

Toute thérapie demande un lien privilégié, une alliance entre le patient et le thérapeute. L'observance dans l'utilisation des outils, des techniques et des tâches à domicile ne pourra réellement être efficace que si le thérapeute croit dans le message qu'il va adresser au patient et si le patient croit dans l'objectif qu'il s'est fixé avec le thérapeute. Parallèlement, il est essentiel que le patient, comme le thérapeute, croient tous les deux dans leur collaboration ; l'un ne peut rien sans l'autre. Certains patients patientent passivement et attendent une solution miracle du thérapeute ; d'autres patientent activement car le problème c'est l'autre, ils attendent des solutions de l'autre et de l'environnement ; enfin d'autres patients travaillent activement à la recherche de ces solutions en collaboration avec le thérapeute. Le thérapeute est expert dans la théorie, le patient est expert dans le symptôme.

Ce contexte ne va pas toujours se construire d'emblée, les entretiens préliminaires serviront à créer une « base » de relation thérapeutique et celle-ci pourra toujours être remise en question en fonction du

Sexualité, couple et TCC _ Les difficultés sexuelles

cheminement du système et du duo client[1]/thérapeute. Cela nécessite l'utilisation d'un langage clair et compréhensif, le thérapeute réutilisant les mots du patient dans son propre discours. Nous devons, en permanence, recadrer et reformuler ce que le patient exprime sur son trouble sexuel en des termes fonctionnels, directement opérationnels pour le patient.

Le thérapeute recherchera le registre d'expression utilisé par le client pour expliquer son problème (chaque individu a toujours un registre de prédilection pour exprimer ses problèmes) ; cela peut être du registre émotionnel (stress, tension, panique, inhibition, agressivité), du registre cognitif (rumination mentale, scénario catastrophe, pensées parasites), ou enfin du registre comportemental (répétition des échecs ou évitement de la confrontation sexuelle). Le thérapeute utilisera au cours des entretiens ce registre d'expression comportementale, cognitive ou émotionnelle pour faciliter le lien et le travail psychothérapique. Il y mettra simplement un certain décalage pour créer une différence qui crée le changement.

Client : Je ne suis pas un homme, je suis nul, incapable.

Thérapeute : Si je comprends bien vous voulez dire que vous avez un problème sexuel qui vous perturbe au point de tout remettre en question [*le thérapeute souligne la différence entre avoir un problème et être un problème*].

Plutôt que de se poser la question : « quelle thérapie pour le patient ? », il paraît plus utile de réfléchir à la question : « quel thérapeute pour quel patient ? ».

La plainte

La demande du patient est à entendre comme l'expression de sa souffrance. Comme pour toute demande, la plainte sexuelle est composée de différentes parties servant de renforçateur au problème. Il existe ainsi des facteurs « préférés » que le patient utilise pour renforcer, maintenir ou annuler l'existence d'un trouble. Ces différents facteurs sont par exemple : la fréquence, la signification attribuée, les proches qui sont impliqués, l'endroit où cela se passe, la faute à qui ou à quoi, le contexte, les attentes irréalistes, la prédiction d'un avenir sombre, le passé, les états physiologiques, l'interprétation plus ou moins volontaire ou involontaire (de Shazer, 1994). Pour chacune de ces parties composant la plainte, des interventions thérapeutiques cognitivo-comportementales peuvent être utilisées.

---

1. Le terme « client » a une signification spécifique en thérapie stratégique où il donne un rôle actif au demandeur de la consultation ; le « patient » serait *a contrario* plus passif, attentiste. Dans certains chapitres de l'ouvrage, ces deux termes seront indifféremment utilisés, les TCC n'ayant pas précisément fait cette distinction.

Le problème, l'individu et le couple étant des dynamiques en perpétuel mouvement, en façonnage et remodelage permanents, le thérapeute devra clarifier avec le client ce que celui-ci met à l'intérieur de sa plainte et ce qu'il entend de la plainte de l'autre – « qu'avez-vous compris du problème de votre conjoint ? ».

De Shazer donne quelques exemples de postulats nécessaires sous-tendant la formulation de la plainte :

- parmi les plaintes des patients, il y a des comportements induits par l'image qu'ils se font du monde (les croyances) ;
- si les plaintes des patients se répètent, c'est qu'ils ont l'idée que par rapport à leur problème, la répétition est la seule chose possible à faire. Ils font donc toujours plus de la même chose ;
- des changements minimes sont nécessaires pour mettre en route le processus de résolution de problème ;
- l'idée de ce que le patient peut changer se construira à partir de l'idée qu'il se fait de la réalité si le problème n'existait plus.

Les attentes

La construction du lien thérapeutique passe aussi par une réflexion appropriée du thérapeute comme du patient sur les attentes respectives de chacun concernant la thérapie. Ces attentes sont fonction de ce que le patient attend du thérapeute et de la croyance qu'il a dans l'efficacité des outils thérapeutiques. Parallèlement, le thérapeute attend du patient qu'il coopère et qu'il puisse expérimenter les exercices et tâches décidés ensemble. N'oublions pas que nous travaillons sur des systèmes de croyance, où le thérapeute, lui-même avec son propre modèle de fonctionnement sexuel et affectif, doit faire attention à ne pas proposer des outils auxquels il ne croit pas ou à imposer des outils sous prétexte qu'ils font partie de son propre modèle de fonctionnement personnel et du modèle social actuel.

Parallèlement à cela, le thérapeute doit aussi connaître ses capacités et ses limites, ses ressources et ses fragilités, ses compétences et ses manques. Il y aura ainsi moins d'attentes déçues et peut-être moins d'échecs. Il n'est pas rare de voir certains thérapeutes plus exigeants dans la recherche obsédante d'une guérison totale alors que s'ils écoutaient leurs patients, ceux-ci seraient plus minimalistes dans leur quête de changement.

Il y a souvent confusion entre la plainte du patient, la demande de suppression de cette plainte et l'attente d'une guérison, toujours idéalisée entre le retour à un passé sexuel idéalisé ou la mise en place d'un futur sexuel sans faille. Cette guérison n'a parfois plus de lien avec la réalité actuelle du patient et/ou du couple. Il sera plus facile pour le patient de laisser tomber le symptôme si le thérapeute l'aide à entrevoir

d'autres éventualités, d'autres choix moins douloureux, plus ouverts, loin des caricatures cognitives et comportementales centrées uniquement sur l'efficacité sexuelle. Il est aussi très important de travailler avec les couples sur les différences d'attentes sexuelles entre l'homme et la femme concernant leur démarche thérapeutique.

Rôle actif du patient

Les hypothèses fonctionnent chez le patient et chez le thérapeute comme des règles qui nous permettent de nous représenter le problème. Elles vont nous amener vers les croyances modélisant leur sexualité conditionnée.

> Pour vous, quelles seraient les hypothèses que vous feriez et les explications que vous donneriez concernant l'apparition de votre problème ?

Si les clients répondent par « Je ne sais pas », acceptez cette première réponse, renforcez-la par « C'est vrai, ce n'est pas toujours facile de s'exprimer sur ce sujet, c'est bien quand même d'avoir essayé... ». Laissez un certain silence, attendez, si aucune réponse ne vient, dites alors cela « Imaginez que vous ayez compris le pourquoi de vos difficultés sexuelles, quelles seraient pour vous toutes les éventualités possibles, des plus stupides aux plus réalistes, qui pourraient expliquer ce problème... » ou proposez ceci : « Quand vous n'aurez plus ce problème, quelles sont les explications que vous donnerez des troubles que vous avez eus, donnez toutes les éventualités possibles... ».

Le rôle actif du patient est déjà en soi thérapeutique puisqu'il permet à celui-ci de sortir de la dépendance passive répétée et incontrôlable à son symptôme, pour aller vers l'apprentissage d'une expérience de changement. Le questionnement utilisé au cours de l'analyse fonctionnelle, les auto-observations du symptôme sexuel et de ses conséquences, les exercices d'exposition, les prescriptions de symptômes, la restructuration cognitive, les techniques de gestion émotionnelle, les jeux de rôle, sont autant d'exemples qui permettent aux patients de découvrir ses ressources et ses compétences de « faire un peu moins pire, donc un peu moins de la même chose », lui qui est expert en problèmes et à toujours « fait un peu plus pire ».

Référence

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York : Norton.

Chapitre 6
Analyse fonctionnelle

François-Xavier Poudat

L'analyse fonctionnelle est l'outil de base qui permet de lire le symptôme sur le plan comportemental, cognitif et émotionnel. Le trouble sexuel sera observé, interrogé, évalué, tant dans son fonctionnement présent que dans son inscription dans son histoire ; celle-ci n'est prise en compte que si elle joue un rôle dans la présence du symptôme et dans son maintien (c'est l'exemple type des schèmes cognitifs inconscients).

Le patient est actif dans l'auto-observation et la compréhension des mécanismes de mise en place et de maintien du trouble, par là même il apprend à agir sur son problème. Le thérapeute, chaleureux, empathique, renforce positivement tout petit progrès ; il discute avec le patient des hypothèses d'apparition, du maintien du comportement problème et de la définition des objectifs.

Les objectifs définis sont mis en pratique entre les séances et validés par l'expérience, au cours d'exercices effectués par le patient lui-même dans sa vie quotidienne. Tout blocage peut modifier le protocole thérapeutique qui sera de nouveau discuté entre le patient et le thérapeute.

Méthodologie

Classiquement, le symptôme sexuel s'évalue selon une stratégie de questionnements dans le cadre de cette analyse fonctionnelle. Nous ne reviendrons pas sur les caractéristiques des deux modèles classiques les plus utilisés en TCC : la BASIC IDEA[1] et l'analyse fonctionnelle

1. B : *behavior* (comportement) ; A : affects ; S : sensations ; I : images mentales ; C : cognitions ; I : *interpersonal relations* (relations interpersonnelles) ; D : drogues, psychotropes ; E : expectation (attentes du patient) ; A : attitude du thérapeute.

(modèle rétroactif). Nous ne soulignerons ici que certains points spécifiques que nous utiliserons dans l'analyse du comportement problème. Nous partons de deux axes, synchronique et diachronique.

Axe synchronique

Il va consister en une analyse du symptôme sexuel dans toutes ses composantes : cognitive (ce que le patient se dit à lui-même au sujet de son trouble, étude des ruminations anxieuses, des pensées parasites, du discours intérieur, mais aussi de l'imaginaire et des fantasmes) ; émotionnelle (la manière dont le corps réagit, ce que le patient ressent comme sensation positive ou négative) ; comportementale (ce qui se voit du problème, le trouble mécanique en tant que tel et l'attitude comportementale du patient face à son trouble) ; et, enfin, environnementale (rôle du partenaire, la structure conjugale et familiale, la structure sociale).

Les symptômes sexuels sont autorenforcés par différents paramètres, créant une véritable *boucle réflexe autorenforçatrice* :

- le paramètre comportemental : la répétition de l'acte sexuel (l'obsessionnalisation du rapport va autorenforcer l'échec) et l'évitement (réassurance à court terme, hyperinvestissement d'autres secteurs de la vie) suppriment toute possibilité de changement thérapeutique ;
- le paramètre cognitif : l'attitude de spectateur, les ruminations anxieuses, l'anticipation négative, sont autant d'éléments qui vont autorenforcer le trouble ;
- le paramètre émotionnel : les sensations corporelles avec les émotions qui s'y rattachent (peur, colère, tristesse, angoisse, etc.) vont également accentuer le trouble. Il y a une corrélation directe entre les systèmes cognitifs et les réactions émotionnelles, sensorielles ;
- le paramètre environnemental : l'attitude du partenaire va jouer un rôle essentiel dans l'accentuation ou la résolution du problème.

Axe diachronique

Le symptôme s'inscrit dans une histoire. Il sera donc important d'évaluer les différents paramètres qui peuvent entrer en jeu pour expliquer l'apparition d'un problème sexuel. Ces facteurs sont de deux ordres : les facteurs de fragilisation et les facteurs déclenchants. Les *facteurs de fragilisation* constituent un véritable « façonnage d'empreintes ». Ils sont représentés par les schémas comportementaux, cognitifs et émotionnels (modèles de fonctionnement interne) mis en place depuis l'enfance par le contexte éducatif familial, social, mais aussi personnel, affectif et traumatique, véritable « *pool* » multifactoriel facilitant la survenue de problèmes sexuels. Il nous faut nous rappeler que la présence de facteurs traumatiques et/ou fragilisants chez un patient ayant un problème sexuel ne signifie pas une relation systématique de cause à effet.

C'est dans ce contexte qu'interviennent les *facteurs déclenchants* représentés par toutes les situations, comportements, fils de pensée ou émotions qui amèneront au déclenchement même du symptôme sexuel. Il nous faut nous rappeler que ce qui provoque un problème n'a souvent pas grand-chose à voir avec ce qui le maintient.

Auto-observation

L'analyse fonctionnelle débute dès le premier entretien, et se centre sur le patient et sa plainte, ce qui permet au thérapeute de clarifier la demande. En fin d'entretien, un premier exercice sera demandé, c'est l'auto-observation.

L'auto-observation est donc l'étape principale sur laquelle le patient et le thérapeute devront se focaliser.

> Regarder, observer, sans modifier quoi que ce soit à votre séquence problème, noter par écrit comment cela se passe quand le problème est là (avant, pendant et après).

Cette première étape de l'analyse du symptôme est déjà thérapeutique par le fait même qu'elle crée ce qu'il faut de distance entre le problème tel qu'il se présente dans la réalité ordinaire et tel qu'il est décrit quand on est observateur de son problème. Même si le thérapeute demande au patient d'observer son trouble sans modifier quoi que ce soit à son déroulement, regarder son trouble, écrire à son sujet, c'est déjà le modifier.

En cela, les tests et auto-évaluations spécifiques des principales dysfonctions sexuelles, des dysharmonies conjugales ou des dépendances, sont des outils très pertinents dans l'auto-observation des troubles. Ils servent d'éléments pédagogiques, de bases à un échange verbal dans le couple, de repères à l'analyse fonctionnelle et de critères d'évaluation au cours de la thérapie.

> **Observez votre problème pour la prochaine consultation.**
> Observez comment vous fonctionnez vis-à-vis de votre problème. Essayez de noter les différentes pensées que vous avez avant, pendant et après vos nouvelles tentatives. Essayez de remarquer l'état émotionnel dans lequel vous êtes avant, pendant et après. Enfin essayez de repérer les réactions comportementales que vous mettez en place lorsque vous faites face à votre problème [le patient pourra remarquer qu'à ce moment-là son système mis en place empêche la répétition du problème]. Parallèlement, repérez comment réagit votre conjoint.

Grâce à une meilleure définition de la plainte au départ et des objectifs que le thérapeute et le patient pourront définir ensemble, nous

arriverons à une démarche thérapeutique progressive qui permettra une meilleure résolution du problème. En cela l'analyse fonctionnelle est essentielle puisqu'elle doit permettre, après les premiers entretiens, de mieux définir à partir de la plainte du patient, la réelle difficulté, le véritable comportement problème, lui-même permettant de mieux centrer la démarche thérapeutique vers l'objectif défini. Cet objectif, dont nous reparlerons plus loin, ne sera défini qu'après un questionnement spécifique qui est nécessaire à l'élaboration de la thérapie. Ce questionnement intègre une clarification de la définition du problème et une clarification des solutions possibles (avantages et inconvénients).

En résumé

En tout état de cause, au cours des entretiens, le thérapeute devra toujours garder à l'esprit que :

- la demande est analysée en se centrant sur les attentes du patient, du couple et du thérapeute face à la thérapie et aux résultats (les processus de changement) ;
- le symptôme s'exprime de multiples manières avec différentes facettes (émotionnelle, cognitive, comportementale, environnementale, corporelle) ;
- les mêmes facteurs n'entraînent pas les mêmes symptômes chez tous les patients ; il faut plusieurs facteurs qui se potentialisent pour créer un problème ;
- la recherche des étiologies organiques, iatrogènes et fonctionnelles (stress, etc.) est à intégrer dans l'analyse ;
- les facteurs fonctionnels liés aux réactions émotionnelles et aux schémas cognitifs sont systématiquement présents, quelles que soient les étiologies ;
- il y a des avantages et des inconvénients à la présence d'un symptôme sexuel ;
- il y a de nouveaux avantages et de nouveaux inconvénients à la disparition du symptôme ;
- la prise en charge thérapeutique et les outils utilisés dépendent des niveaux de motivation de chaque partenaire et du couple ;
- le passage du symptôme à l'objectif nécessite des étapes de changement progressif dépendant du patient et de l'expression du symptôme ;
- le système conjugal, la distribution des rôles et des pouvoirs doivent être étudiés pour mieux comprendre les résistances au changement ;
- les outils de traitement seront fondés sur les différentes facettes de la plainte et seront uniques pour un patient à un moment donné ;
- l'objectif de traitement n'est pas toujours la suppression du symptôme.

Conclusion

Le rôle du thérapeute est d'aider le patient à ouvrir le « champ du possible », choisir entre « être pareil, répéter la même chose » avec son symptôme sexuel, ou être différent « faire moins pire, donc mieux » avec le risque de « l'inconnu », libre de décider de la sexualité à construire.

N'oublions pas que nous parlons de sexualité, sujet faisant écho en nous. Parler à quelqu'un de sa sexualité, ce n'est pas projeter notre sexualité comme norme thérapeutique ; nous assisterions alors au remplacement des croyances du patient par les croyances du thérapeute. Si le thérapeute accueille un patient avec dans son esprit cette capacité d'ouverture et d'humilité, de compétence et de respect, toutes les informations pourront alors s'exprimer de vive voix sans risque de « faire mal ».

Références

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York : Norton.
Lopes, P., & Poudat, F.X. (2007). *Manuel de sexologie*. Paris : Masson.
O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1995). *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*. Bruxelles : Satas.
Poudat, F.X., & Jarrousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson.
Poudat, F.X. (2004). *Bien vivre sa sexualité*. Paris : Odile Jacob.

Chapitre 7

Questionnement sur le problème et questionnement sur les solutions

François-Xavier Poudat

Tout au long de l'analyse fonctionnelle, deux paramètres doivent être rediscutés par le thérapeute et le patient : d'une part, la demande du patient et, d'autre part, les caractéristiques de la plainte sexuelle. Ces axes centrent l'entretien sur des modalités de questionnement qui sont, à elles seules, fondamentales pour éviter deux écueils : l'enfermement du patient et du thérapeute vers une accentuation du problème et la répétition de l'échec thérapeutique. Il nous faut définir un type de questionnement dit « ouvrant », à côté du questionnement « enfermant » (qui amène le patient et le thérapeute à faire « un peu plus pire »). Nous définirons ainsi deux types de questionnement ouvrant, l'un s'oriente sur les plaintes du patient, l'autre se focalise sur les solutions que le patient a déjà utilisées dans le passé ou dans le présent ou qu'il entrevoit déjà dans l'avenir et qui lui ont permis d'éviter le problème ou de résoudre la plainte (Poudat, 2000).

Questionnement sur le problème

> Quel est le problème pour lequel je pourrais vous aider ?

Cette première question permet de noter les mots utilisés par le patient pour parler de son problème et la plainte nommée par le patient ; ces mots seront réutilisés pour notre interrogatoire. Ce qui est nommé comme problème comprend aussi, comme nous l'avons souligné plus haut, ce qui est nommé comme projet de guérison.

Sexualité, couple et TCC – Les difficultés sexuelles

> En quoi est-ce un problème pour vous ? En quoi est-ce un problème pour votre conjoint ?

Cela amène à parler du problème dans son rapport à la norme, au conjoint, aux anticipations... Il est important de ne pas hésiter à faire préciser au patient si le problème est un problème pour le porteur du trouble ou pour son conjoint. La réponse à cette deuxième question est nécessaire pour passer à la question suivante.

> Seriez-vous venu en consultation si le problème n'avait pas été un problème pour votre conjoint ? [« Je viens parce que mon mari trouve qu'il n'y a pas assez de rapports sexuels. »]

Cela permet de savoir si le patient vient pour lui-même ou pour l'autre, si le problème est porté par lui-même ou par l'autre. Cela permet également au thérapeute de savoir si le problème est réellement celui qui est indiqué en début d'analyse, par exemple « J'ai un problème d'impuissance et je viens pour moi-même, je me trouve anormal », ou si le problème est la réaction négative de la conjointe vis-à-vis de la panne sexuelle : « Je viens car ma partenaire ne supporte pas de ne pas avoir de plaisir à cause de mon impuissance ». Nous en arrivons donc à une autre question.

> Qui a le problème ? Pour qui est-ce un problème ? Qui est le sujet actif ? Qui est le sujet passif ? Cela nous fait préciser les termes de la première question : Quel est le problème ? Qui se plaint de quelque chose ? Qui veut avoir un changement ?

En résumé, le problème n'est peut-être pas, dans l'exemple cité plus haut, l'« impuissance » chez un patient qui ne fait aucune demande, mais la réaction négative de la partenaire qui vient en consultation « nommer » le problème chez son conjoint. Pour certains auteurs, les personnes à prendre en considération au cours de la thérapie sont celles qui sont porteuses de la plainte. En fait, dans un couple, nous pouvons avoir toutes les combinaisons : deux clients, deux patients, un client et un patient, etc.

> Qu'est-ce qui fait que vous avez décidé de venir aujourd'hui ?

Quels sont les événements, les contingences internes (personnelles) ou externes (environnementales) qui ont fait que le problème est devenu une plainte ici et maintenant nécessitant une démarche vers un thérapeute ? Des couples maintiennent le problème sexuel pendant des années puis, à un moment donné, le problème devient un problème patent. Les plaintes s'imbriquent par exemple pour l'éjaculation précoce : « Je ne la

satisfais pas, elle est frustrée, je n'ose plus m'approcher d'elle. » Qui ou qu'est-ce qui va bousculer le système, qui va refuser de « jouer » au rôle de patient pour devenir client ? Le corollaire à cette question : *depuis quand le problème existe ?*

> À quoi votre partenaire, d'après vous, s'est rendu compte qu'il y avait un problème et comment vous l'a-t-il exprimé ?

Comment le client imagine que son/sa partenaire a perçu ses réactions négatives face à ce problème ? Comparez le discours du patient sur son trouble avec celui du ou de la partenaire.

> Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes rendu compte que ce problème était là ?

Le thérapeute doit rechercher les attitudes, comportements, réactions émotionnelles, système cognitif mis en place créant la boucle renforçatrice, les solutions répétitives face aux symptômes : spirale de l'échec, causalité circulaire, facteurs de renforcement. « J'ai voulu réessayer », « je n'osais plus aller dans ma chambre », « j'ai pris de l'alcool ».

Questionnement sur les solutions

Nous allons retrouver ici la notion de changement au travers de ce questionnement sur les solutions. « Le discours solutionniste, nous disent Isebaert et Cabié (1997), est une technique de conversation thérapeutique qui recherche les solutions cachées dans les problèmes pour les faire émerger et croître jusqu'à envahir l'espace de l'attention. Les problèmes qui ne sont plus alimentés par l'intérêt qu'on leur porte perdent leur substance et sont dissous de l'intérieur : plus que la résolution des problèmes, le résultat que nous recherchons est leur dissolution. »

Dans ce second registre de questionnement, nous nous intéresserons aux changements déjà présents dans le quotidien du client, ce qu'il a déjà fait pour s'en sortir face à son problème, seul, sans aide extérieure. Ces changements déjà perçus spontanément par le client s'appellent les *exceptions*.

Ces exceptions sont des solutions partielles passées ou présentes au cours desquelles le problème n'a pas existé ou n'existe pas (par exemple lorsque le rapport sexuel était satisfaisant), ou le problème s'est présenté ou se présente différemment (par exemple différent en intensité, en fréquence, ou différent par le contexte, par les réactions du patient ou du conjoint, par la réaction émotionnelle, cognitive ou comportementale).

Nous nous intéressons également aux exceptions telles que le client peut les projeter dans l'avenir ; il est alors possible de voir avec lui ce qu'il pourrait imaginer d'une sexualité sans panne où le trouble pourrait être amélioré, transformé.

Nous pourrons alors mieux percevoir quel a été le rôle du client dans ce changement. Qu'a-t-il fait de différent qui a permis d'imaginer ce succès ? Ce travail permet l'ouverture du champ des possibilités, des alternatives autres que l'échec systématique.

Nous savons depuis longtemps que les processus de répétition, les réactions face à un symptôme, les renforcements qui le maintiennent, le système pathologique qui crée une forme de chronicité, mis en place par le patient, sont de véritables réactions en chaîne, phénomènes de boule de neige. Le client n'a alors spontanément que deux solutions, soit l'obsessionnalisation (je vérifie mon trouble en le répétant), soit l'évitement (la non-confrontation). Dans les deux cas, le résultat est le maintien de la répétition du symptôme.

Le simple fait de permettre un changement dans ce système de répétition, en aidant le client à modifier un des paramètres de cette réaction en chaîne, donnera une efficacité certaine à la thérapie. Il sera nécessaire de définir des objectifs progressifs, répétés, dont le seul but est de provoquer un changement aidant le patient à prendre conscience de sa capacité personnelle à faire autrement que ce qu'il a l'habitude de faire.

« Quand je fais, dis, pense ou quand je ressens telle chose, il se passe plutôt telle réaction sexuelle, telle réaction chez mon conjoint. Si je modifie tel paramètre émotionnel, telle pensée irrationnelle, tel comportement, je me rends compte que le problème apparaît moins souvent et différemment. » Le patient entrevoit mieux encore son rôle actif dans sa propre prise en charge thérapeutique ; il devient ainsi un peu plus client.

La recherche des exceptions et des moindres petits changements amènent à une réponse sexuelle autre que le problème sexuel systématiquement répété, voici quelques autres questions à poser :

Étude des exceptions

- Quand est-ce que le problème ne survient pas ?
- Avez-vous remarqué des circonstances, des occasions qui n'amènent pas l'apparition du problème ?
- Dans ces conditions, qu'avez-vous fait pour que le problème ne survienne pas ? Quel a été votre rôle dans la non-survenue de ce problème ?
- Comment réagissait votre conjoint quand le problème n'était pas là ?
- Qu'est-ce qui est différent dans ces moments-là ? (Contexte, relation, état émotionnel, propos, attitudes, etc.)

- De quelle manière votre journée est-elle différente quand l'exception se produit ?
- Avez-vous déjà eu cette difficulté dans le passé ? Comment l'aviez-vous résolue à ce moment-là ?

Études des changements

- Imaginez quelques instants que le problème pour lequel vous êtes venu n'existe plus (il n'y a plus de problème sexuel). Quelles sont les modifications que vous imaginez se produire, quels sont les facteurs qui auraient permis au problème de ne plus être présent ? [Il est très intéressant de poser la même question au conjoint séparément du client afin de voir s'il y a concordance entre ce que le client imagine de la réponse du conjoint et celle du conjoint.]
- À quoi allez-vous vous rendre compte que vous avez résolu le problème ?
- À quoi allez-vous vous rendre compte que le changement a débuté ?
- Qui va s'apercevoir en premier que le changement a débuté : vous-même, votre conjoint ? Comment allez-vous lui en faire part ?
- Comment les autres, votre entourage, notamment votre conjoint, vont-ils s'apercevoir que le changement commence ? Qu'est-ce qui vous fait dire qu'elle ou qu'il l'a remarqué, qu'a-t-elle dit ou qu'a-t-il dit ?
- Comment allez-vous faire pour mettre en place ce premier changement ?
- Que pourriez-vous faire de différent et peu importe à quel point la différence peut être étonnante pour vous-même et votre conjoint ? Qu'apporterait éventuellement un changement dans le problème ? En quoi est-ce différent de ce que vous faisiez lorsque le problème sexuel n'était pas là ?
- Qu'est-ce que cela changera dans votre vie quand il n'y aura plus de problème ?
- Qu'auriez-vous besoin de faire pour que cela se produise de nouveau ? (Quoi faire et comment faire d'après vous pour répéter ce qui marche bien sexuellement.)

O'Hanlon (1995) explique que l'élaboration des questions est tout à fait essentielle dans la recherche des solutions. « Nous manifestons notre confiance dans le fait que les objectifs seront atteints en utilisant dans nos questions des mots qui expriment la certitude et non des termes qui expliquent une éventualité : par exemple qu'est-ce qui sera différent dans votre vie quand vous vous entendrez mieux plutôt que qu'est-ce qui serait ou pourrait être différent dans votre vie quand vous aurez telle ou telle attitude. Qui va être le premier à le remarquer au lieu de si vous arrêtiez telle attitude, qui pourrait s'en apercevoir en premier. Quand le problème aura disparu, que fera votre couple ? » Nous voyons bien que l'auteur utilise plutôt le « quand » que le « si »,

plutôt la certitude d'un changement à venir, plutôt que l'éventualité d'un changement potentiel.

Nous pouvons reprendre ce questionnement solutionniste à travers la fameuse question miracle de Shazer (1999) :

> Imaginez qu'une nuit, alors que vous êtes endormi, il se produise un miracle, que ce problème se trouve résolu, comment le sauriez-vous, qu'est-ce qui sera différent le lendemain matin ?
> - Qu'est-ce qui est différent dans ce moment-là ?
> - Comment avez-vous fait pour que cela se produise ?
> - Qui d'autre a remarqué que... ?
> - Qu'est-ce qui vous fait dire qu'il ou qu'elle l'a remarqué ? Qu'a-t-il ou qu'a-t-elle dit ou fait ?
> - Comment avez-vous mis en place ce comportement ?
> - En quoi est-ce différent de la manière dont vous auriez pu faire face à cela il y a 6 mois par exemple ?

Conclusion

Au travers des questionnements sur le problème et sur les solutions, différents paramètres intéressants sont à prendre en compte afin de mettre en place nos premières techniques thérapeutiques. À cet instant, le thérapeute doit savoir si la demande est réaliste ou pas, si l'aide est possible ou pas. Par exemple, à la demande « Je voudrais retrouver ma sexualité d'avant », le thérapeute doit s'interroger : est-ce le problème ? est-ce le but à atteindre ? qu'est-ce que je peux faire de cela ?

Nous avons signalé dans le cadre des questions sur le problème qu'il était important de demander au client qu'il observe, pour une prochaine consultation, la manière dont son symptôme se met en place et comment il fait pour le renforcer et le maintenir (faire toujours un peu plus de la même chose). Nous avons ainsi des schémas conducteurs, facilitateurs ou inhibiteurs du symptôme. Le patient sait faire la même chose pour maintenir, voire aggraver, son éjaculation précoce, son impuissance ou ses conflits conjugaux. C'est l'exemple typique de la crise du couple où le système pathologique peut se mettre en place si les deux participants sont parties prenantes dans le système tant pour déclencher la crise que pour la maintenir. Si nous modifions un paramètre du système aliénant des deux partenaires, la crise n'a pas lieu. Ainsi, comprenant mieux le cycle symptomatique de la répétition, le couple comprendra mieux la dépendance dans laquelle il se trouve face à ses plaintes et donc sa capacité à faire autrement.

Références

de Shazer, S. (1999). *Clés et solutions en thérapie brève*. Bruxelles : Satas.
de Shazer, S. (1999). *Les mots étaient à l'origine magiques*. Bruxelles : Satas.
Isebaert, L., & Cabié, M.C. (1997). *Pour une thérapie brève – le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Toulouse : Érès, collection « Relations ».
O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1995). *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*. Bruxelles : Satas.
Poudat, F.X. (2000). Le questionnement solutionniste en thérapie sexuelle. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 10, 85-97.

Chapitre 8
Prescriptions de tâches et changements

François-Xavier Poudat

Prescription de tâches

Pour O'Hanlon et Weiner-Davis (1995), trois objectifs sont pertinents : changer la façon d'agir sur la situation qui est perçue comme problématique ; changer la façon de voir la situation qui est perçue comme problématique ; évoquer des ressources, des solutions et des points forts pour les transposer dans la situation qui est perçue comme problématique.

Les prescriptions d'exercices ou de tâches sexothérapiques en fin de séance ont pour but de centrer le travail dans la réalité du patient. Le patient observe, teste et expérimente ce qui a été travaillé au cours de l'entretien. Les exercices seront spécifiques à chaque patient et seront différents selon les types de coopération et de réponses à un premier exercice proposé à la fin du premier entretien. Pour cela, de Shazer (1994) préconise un protocole intéressant à utiliser pour la prescription des tâches, qu'il appelle un « prêté pour un rendu », en créant juste ce qu'il faut de différence nécessaire dans la prescription. Cela permet vraiment une très bonne coopération avec le client. En réponse à la tâche proposée par le thérapeute, si la réponse du client à la tâche est parfaitement réalisée, on poursuivra par des tâches indirectes ou modifiables. Si la réponse du client à la tâche est le contraire, les tâches suivantes comporteront la possibilité de faire le contraire. Si la réponse du client à la tâche est vague, nous donnerons des tâches aussi vagues que possible ou peut-être des métaphores. S'il y a une absence de réponse, nous ne

Sexualité, couple et TCC_Les difficultés sexuelles

donnerons que des tâches facultatives. Pour cet auteur, si une tâche n'est pas bien faite ou pas faite du tout, c'est que le thérapeute l'a soit mal présentée ou mal ciblée, soit pas dite au bon moment (souvent trop tôt) ; sinon, elle est effectuée.

Nous partirons donc, pour la prescription des tâches, de deux principes bien connus :

- le processus de généralisation ou effet de boule de neige qui part du principe qu'un changement effectué dans un domaine précis, défini et cohérent, va produire des effets positifs dans d'autres domaines. Un travail sexothérapique au niveau de la resensibilisation corporelle peut suffire à globaliser et régler le problème du contrôle de l'éjaculation prématurée ou de l'impuissance, sans avoir à agir directement sur le symptôme. Le plus important est la définition de ce fameux premier objectif de changement ;
- l'autre processus s'appelle l'« effet aile de papillon » : « un battement d'aile de papillon en Asie peut produire des ouragans en Amérique », des petits changements entraînent de grands changements.

Actions sur le problème

> Vous allez essayer de reproduire le contexte ayant amené à l'échec de votre sexualité. Observez ce qui se passe, observez également ce qui se passe chez votre conjoint. Imaginez le fonctionnement que vous avez l'habitude d'avoir par rapport à ce problème.

Dès lors, l'intervention et la prescription pourront se focaliser sur différents paramètres du problème ; elles auront pour but de « répéter » le symptôme, mais avec juste ce qu'il faut de changement :

- changer la fréquence ou le rythme d'accomplissement de ce problème (programmer l'échec sexuel certains jours précis, à certaines heures) ;
- changer l'organisation du problème dans le temps (augmenter la durée des caresses et supprimer la pénétration) ;
- changer la durée du problème (augmenter la durée de la panne) ;
- changer le lieu où se déroule le problème (dans le salon et pas dans la chambre) ;
- ajouter au moins un élément nouveau au schéma du problème (mettre de la musique choisie par les deux et reproduire le problème) ;
- changer la séquence des éléments ou des événements dans le schéma du problème ;
- découper le schéma de comportement du problème en éléments plus petits ;
- lier l'accomplissement du problème à quelques tâches pénibles (compter pendant un rapport sexuel, dire certaines phrases choisies, se centrer sur sa respiration) ;
- intervenir sur le contexte environnemental du problème (sur le conjoint, l'ambiance, etc.).

Actions sur les solutions

Nous sommes très proches des techniques de désensibilisation avec relaxation ou des techniques d'exposition.

> Je pars de l'état actuel de la personne, je vais vers l'objectif final, je définis les différentes étapes intermédiaires, les moyens que je vais utiliser pour y arriver.
> • Imaginez ce que sera votre rapport sexuel lorsqu'il sera entièrement satisfaisant.
> • Que ferez-vous pour que cela se passe bien ?
> • Que ferait l'autre pour que cela se passe bien ?
> • Imaginez ce que sera un premier changement dans la guérison de votre problème (pour cela vous pouvez réutiliser la question miracle).
> • De combien de temps avez-vous besoin pour résoudre votre problème ?
> • Quelle note vous donnez-vous aujourd'hui par rapport à la plainte et à l'objectif final (si 0 est l'état d'aujourd'hui et 10 le problème résolu) ?
> • Que vous faudrait-il pour passer de la note actuelle (par exemple 1) à la note juste supérieure (ici 2) ?
> • Quel changement correspondrait à ce 2 et comment allez-vous vous apercevoir que vous êtes arrivé à 2 ?

Changer plutôt que guérir

Il est évident que l'objectif que le patient se donne est fait de nouveaux avantages et de nouveaux inconvénients, de transformations qui vont « changer » la vie du patient. De nouvelles attitudes et comportements vont apparaître, remettant en question de vieux réflexes.

On peut suggérer de nouvelles façons de voir ; une différence même minime permet de regarder le problème autrement, donnant ainsi au client une lecture différente de son problème, donc de ses solutions.

Le changement d'un seul paramètre dans le système réunissant le problème, le client et l'environnement, peut affecter d'autres éléments de ce système. Ainsi, il n'est pas toujours utile d'agir sur tous les facteurs de la plainte, mais de choisir avec le client un facteur spécifique sur lequel le thérapeute agira (il faut bien le choisir), ce qui, par ricochet et généralisation, modifiera les autres.

La clarification de la notion de guérison (qui n'est peut-être plus le retour au passé ni uniquement la suppression du problème, ni tout à fait la perfection sexuelle) passe par la clarification de la notion de changement. Le changement est un processus dynamique, une modification constructive depuis la plainte du patient jusqu'à un objectif qui n'est aucunement une fin en soi, mais une étape évolutive jamais finie dans l'épanouissement de la sexualité. *A contrario*, la guérison, notion

qui pourrait être avant tout « spirituelle », définirait une fin en soi, un aboutissement statique parfait qui ne ferait qu'amener le patient à croire à une sexualité sans panne, idéale, sans faille ; ce qui n'est pas la définition même de la sexualité normale (il est important de rappeler qu'une sexualité normale est une sexualité avec des pannes).

Le thérapeute devra donc savoir ce que le client, mais aussi le conjoint, mettent derrière le terme guérison. Vous remarquerez d'ailleurs que les objectifs sont souvent différents. Ce qui peut être considéré comme un inconvénient pour un patient peut être considéré comme un avantage pour le conjoint (c'est le cas des troubles sexuels servant de support à de l'agressivité).

Même dans ce contexte de plainte, le thérapeute devra toujours renforcer ce qui est positif dans la vie du patient et tout effort de changement, qui va dans le sens de l'ouverture des potentiels et des choix. Il sera toujours nécessaire de s'intéresser et d'observer ce qui s'est passé de bien dans la vie familiale, conjugale et sexuelle. Le thérapeute devra terminer chaque entretien par un *renforcement positif* nécessaire au lien et au processus de changement.

Conclusion

Le passage entre le problème et les solutions s'effectuera par le biais du processus de changement « en boule de neige » ou en « battement d'aile de papillon ». Ce processus de changement passe par une étape indispensable : l'acceptation de la fonction positive du symptôme. L'intérêt de l'analyse fonctionnelle est avant tout que le patient apprenne à comprendre comment fonctionne son symptôme, comment celui-ci se répète, comment il disparaît, comment il revient. C'est comme si nous demandions au patient de « copiner » avec son symptôme sexuel, mais sans s'aliéner à celui-ci, c'est l'étudier, le voir fonctionner, donc le regarder en prenant de la distance pour mieux le résoudre.

Références

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York : Norton.

O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1995). *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*. Bruxelles : Satas.

Chapitre 9
Les différentes approches thérapeutiques

François-Xavier Poudat

Généralités

La sexothérapie comportementale repose sur un ensemble d'exercices construits à partir des principes de la théorie comportementale et cognitive. Elle associe des exercices sexologiques, comme la technique du « squeeze » dans l'éjaculation prématurée ou la technique de Kegel dans le vaginisme, à des techniques comportementales (désensibilisation systématique, technique d'exposition au stress), cognitives (discussion sur les croyances) ou émotionnelles.

Le traitement proposé dépendra autant de la nature du problème que du mode de lecture que le patient utilise pour exprimer son trouble. Trois cas de figure peuvent se présenter :

- *les problèmes et/ou les conséquences sont externes, observables (comportement ouvert)* : lâchage de l'érection, évitement des rapports sexuels, fuite avec compensation par d'autres activités, répétition obsédante, contracture réflexe du vagin, éjaculation prématurée. Le traitement de ces problèmes relève des thérapies comportementales ;
- *les problèmes et/ou les conséquences sont internes, non observables (comportement couvert)* : ruminations, croyances irrationnelles, pensées parasites, manque de fantasmes, imaginaire érotique culpabilisé ou absent. Le traitement de ces problèmes relève des thérapies cognitives ;
- *les problèmes et/ou les conséquences sont intériorisés, mais parfois observables sur le plan émotionnel ou corporel (comportement couvert émotionnel)* : stress, angoisse, colère, tristesse, palpitations, tremblements, boule dans la gorge, rougissement, maux de ventre, douleur. Le traitement

de ces problèmes relève des thérapies émotionnelles/corporelles associées aux thérapies cognitives.

Les traitements s'ouvrent donc sur trois axes :

- la *prise en charge cognitive*, pour lutter contre les pensées parasites, remettre en question ses croyances et ses tabous et développer son imaginaire, utilisera l'information pédagogique, la démystification des mythes et des principes erronés, le travail sur les fantasmes et l'apprentissage de la désensibilisation ;
- la *prise en charge émotionnelle et corporelle*, pour lutter contre la peur, le stress, la panique, l'anxiété, pour améliorer la connaissance de son corps, l'image de soi et développer sa sensorialité, utilisera l'exploration corporelle, la relaxation et la découverte de la sensorialité ;
- la *prise en charge comportementale et conjugale*, pour lutter contre l'évitement et l'obligation de résultat, développer la communication verbale dans le couple et le jeu des caresses, harmoniser l'échange sexuel et restructurer certains secteurs du couple utilisera la thérapie sexuelle et la thérapie de couple avec exercice de gestion de l'excitation sexuelle, l'apprentissage de la stimulation orgasmique, l'apprentissage de la masturbation, les techniques d'affirmation de soi et l'apprentissage des caresses.

Facteurs favorisants et embûches à la sexothérapie

Nous pouvons retenir comme critères favorisants la thérapie sexuelle une relation affective stable, la connaissance du problème sexuel par le partenaire, l'accord du partenaire pour une prise en charge thérapeutique, une motivation réciproque pour un objectif commun et l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente.

Dans les embûches à une thérapie efficace, nous retrouvons du côté du patient : la multiplicité de partenaires, un partenaire pas au courant du problème, un partenaire s'opposant à toute forme de thérapie, un couple dysfonctionnel, une décompensation anxio-dépressive chez un des deux partenaires, etc. Du côté du thérapeute, les embûches sont aussi fréquentes : des objectifs pas clairement définis, l'absence d'accord avec le patient sur les changements à viser, la moralisation et l'accusation du patient, le manque de conviction dans la proposition de tâches, la précipitation à prescrire des tâches sans analyse préalable, l'information donnée sans savoir ce que le patient peut intégrer, etc.

Les différentes techniques

Comme pour toute prise en charge, deux actions complémentaires peuvent être mises en place :

- *diminution de tous les facteurs pourvoyeurs de troubles* présents dans l'échec sexuel et inhibant la satisfaction (stress, ruminations, réactions négatives du couple, etc.) ;

• *amélioration de tous les facteurs pourvoyeurs d'excitation sexuelle* peu ou pas assez présents lors du rapport sexuel du fait de la routine, de l'endormissement du couple, de l'évitement des rapports sexuels, de fausses fatigues, de l'absence de fantasmes, de l'absence de caresses, de la précipitation, etc.

Nous aborderons ici les principales techniques TCC utilisées dans le traitement des symptômes sexuels indépendamment des pathologies conjugales sous-jacentes qui font l'objet d'un chapitre spécifique (voir le volume 2 de cet ouvrage).

Techniques comportementales

Face à un problème qui déclenche souvent la peur, l'évitement, le doute ou la culpabilité, il y a différentes solutions :
• soit j'évite la confrontation et, à court terme, je me sens mieux mais je ne résous pas le problème ;
• soit je réessaie mais avec une telle angoisse que je rate de nouveau ;
• soit je tente une approche progressive de la peur en me donnant des objectifs faciles, en me fixant des étapes intermédiaires entre le rien et le tout.

En préambule, il est nécessaire de donner au patient deux conseils pour démarrer la thérapie :
• arrêter de faire et de répéter ce qui ne marche pas ;
• ne faire que ce qui apaise et crée un lien positif avec le ou la partenaire.

On parle de techniques de *désensibilisation systématique* quand l'exposition est effectuée sous relaxation. On parle d'*exposition progressive* quand l'exposition se fait directement *in vivo*. Dans les deux cas, la liste construite par le patient suit une progression faite d'étapes « fines », très rapprochées, minimalistes, plus facilement « digérables » pour aller vers le but fixé.

La *prescription de tâches* à domicile est un des fondements de la thérapie. Une des tâches proposées est le *sensate focus*, valable quelles que soient les dysfonctions. Ce qui devrait, chez tout à chacun, être l'étape la plus simple, devient une étape souvent complexe. Au cours des premières consultations, le *sensate focus* sert de ligne de base au patient. Celui-ci s'observe en expérimentant le jeu de caresses, et se rend compte de ce qui le met en échec parfois depuis des années : la précipitation sexuelle, l'obsession du résultat, la génitalisation excessive et systématique de toute approche sexuelle, la méconnaissance de la sensorialité du partenaire, la propre méconnaissance de son corps, l'absence de communication verbale, la difficulté à gérer le temps conjugal et familial, etc.

Il est essentiel pour le patient qu'il respecte la capacité d'assimilation de son corps par une progression personnelle des exercices : brûler les

étapes ralentirait le résultat et aggraverait le problème. Le corps, comme l'esprit, a besoin de temps, non pas pour comprendre intellectuellement l'exercice, mais pour l'assimiler et l'intégrer.

D'autres prescriptions sont fréquemment proposées : technique du *squeeze*, stimulation/arrêt, exercices de Kegel, masturbation, etc. Ces prescriptions, pour être efficaces, doivent être acceptées par le patient et proposées au bon moment par le thérapeute.

Les *techniques de « modeling »* utilisant du matériel audiovisuel (façonnage, mimétisme) comme « *self help therapy* » peuvent aussi être pertinentes dans l'apprentissage de la communication érotique.

Enfin, les *techniques d'entraînement à l'affirmation de soi* seront d'une grande utilité dans le cas des troubles sexuels sous-tendus par une pathologie du « contrôle », tels que nous les retrouvons dans les problèmes d'anorgasmie et d'anéjaculation. Cette prise en charge, par les jeux de rôle, l'expression verbale et corporelle, la gestion des émotions et la restructuration cognitive associée, permet d'expérimenter le « lâcher-prise » et indirectement d'agir sur le trouble sexuel (plus on lâche les mots et le corps, plus on libère le contrôle sur le sexe sans intervenir directement dessus).

Techniques cognitives

Prise en charge des pensées parasites

Il faut également agir sur les pensées parasites, les ruminations mentales et les scénarios catastrophes. Il est évident que le rôle du thérapeute n'est pas d'obliger le patient à un autre mode de pensée qui correspondrait à une normalité, mais de l'aider à mettre en place un autre regard sur lui-même, permettant une certaine critique de ses convictions irrationnelles.

La dédramatisation et la prise de recul sont nécessaires pour ne pas s'enfermer dans un discours négatif stérile. Pour cela, nous utiliserons la triple colonne de Beck, outil connu de tous les thérapeutes en TCC (voir les ouvrages de TCC généralistes de Cottraux, 2011, et les ouvrages plus spécifiques pour les exemples sexologiques de Poudat et Jarrousse, 1992). Nous y ajouterons deux colonnes supplémentaires, l'une où le patient notera « Ce que je pourrais me dire de plus acceptable, concernant mon problème » ; dans l'autre colonne, le patient notera « Ce que je propose de faire pour progresser ».

Le patient note la cohérence de corrélation entre le système cognitif, les émotions et le trouble qui s'y rattache. Certaines personnes, moins attachées à la réussite et au résultat, ne vivront pas le problème comme un échec ; d'autres en revanche s'enfermeront dans des émotions et des pensées négatives, causes d'un échec répété.

Les *auto-enregistrements* des pensées dysfonctionnelles, à l'aide des questionnaires d'auto-évaluation, sont aussi d'une grande utilité, surtout

lorsqu'ils sont repris à plusieurs mois d'intervalle au cours de la thérapie. Ces questionnaires permettent au patient et au couple de discuter de leurs attentes, d'avoir un regard plus honnête, « plus objectif » sur eux-mêmes donc de s'opposer aux distorsions cognitives classiques.

Le recueil de données cognitives par ces différents moyens permettra d'aborder l'*étude des alternatives*. Des monologues intérieurs comme : « Elle ne va pas être contente », « C'est à cause de ma femme que je suis impuissant », peuvent être remplacés par des pensées rationnelles comme : « Si, pour l'instant, cela ne va pas bien, je dois montrer à ma femme que je l'aime d'une autre manière », « Je ne sais peut-être pas ce que j'attends d'une femme différente », « Je sais également que ma peur de l'échec accentue le trouble ».

Recherche des schémas cognitifs inconscients

La recherche des schémas et des postulats se fait par différentes techniques : la flèche descendante, la discussion sur les évidences, l'épreuve de la réalité, etc.

Prenons le cas de S. qui présente un problème de non-consommation du mariage. Elle exprime des ruminations anxiogènes : « Je ne suis pas à la hauteur, je suis incapable d'avoir des rapports sexuels, je suis ridicule, toutes les femmes ont sans doute réussi à avoir des rapports sexuels normaux, pas moi. » Le thérapeute peut lui poser successivement, et de manière répétée, la question suivante : « Et si c'était vrai ? » La patiente essaiera de formuler une réponse allant dans le sens de la conviction qu'elle peut avoir de ne pas être normale : « Mon mari ne restera certainement pas avec moi. » « Et si c'était vrai ? » « Je vais me retrouver toute seule et abandonnée. » « Et si c'était vrai ? » « Je ne serai pas une femme normale. » « Et si c'était vrai ? » « Aucun homme ne pourra m'aimer, je ne trouverai personne, je serai la risée de tout le monde. » « Et si c'était vrai ? » « Personne ne pourra plus m'aimer, je serai bannie à tout jamais de la société. » « Et si c'était vrai ? » « Cela n'aurait vraiment pas de sens que je reste dans ce monde. »

Nous en arrivons à la formulation du postulat de base non conscient chez la patiente lors de son premier entretien, qui peut être résumé de la manière suivante : « Seul le rapport sexuel amène l'amour sinon je suis rejeté de tout le monde. Le rapport sexuel est avant tout une pénétration ; une femme normale est une femme qui a un rapport sexuel avec pénétration. Toutes les femmes le font ; l'homme attend obligatoirement cela de son épouse. » Le thérapeute va alors essayer de discuter avec la patiente des arguments pour ou contre ce postulat.

Pédagogie et informations de base

Le rôle pédagogique reste essentiel ; sans être moralisateur, il est l'un des éléments de base de la restructuration cognitive par le changement de croyances et l'apaisement des émotions négatives. Le

manque d'information et d'apprentissage amène à des idées erronées, des attentes erronées et, bien sûr, un résultat erroné. Paradoxalement, donner trop d'informations risque de conduire le patient à faire du « recopiage » inefficace pour la résolution du problème. Il faut donner au patient, par une information minimale de qualité, la capacité de découvrir et d'expérimenter par lui-même ses compétences sexuelles.

Il est ainsi important d'aborder les grandes phases de la sexualité masculine et féminine, la connaissance psychologique de la femme et de l'homme, tant en ce qui concerne les attentes, les désirs, les besoins affectifs, émotionnels, sensuels et sexuels, que le caractère spécifique de l'imaginaire, et notamment des fantasmes. La nécessité d'un climat, d'une ambiance, d'un temps et d'un espace, d'une communication corporelle et verbale, fait partie intégrante d'une sexualité épanouie à long terme. Voici quelques autres informations judicieuses (Poudat, 2010) :

- la normalité sexuelle est d'avoir des pannes et des échecs. Être parfait et efficace de manière permanente n'est pas la réalité ;
- la réussite sexuelle ne se mesure pas à la quantité de rapports sexuels ou au nombre de décibels émis par le/la partenaire ;
- ne pas attendre d'être parfait pour commencer à reprendre des contacts sexuels avec le conjoint, le risque étant de ne jamais commencer ;
- la guérison ne passe pas toujours par la suppression du symptôme, mais aussi par l'adaptation au problème ;
- l'élimination d'une cause physique à un problème sexuel ne résout pas forcément celui-ci. La peur de l'échec et l'anxiété de performance peuvent s'être suffisamment infiltrées chez le patient pour que le trouble persiste malgré la disparition de toute cause physique ;
- les cycles sexuels de l'homme et de la femme sont identiques, seul le déroulement de chaque phase diffère ;
- l'acte sexuel n'inclut pas systématiquement la pénétration comme une fin en soi, mais comme un moyen à intégrer de temps à autre dans le jeu amoureux ;
- l'homme a une sexualité plus normative, mécanique, quantitative, orientée vers un désir systématique de pénétration (recherche de l'efficacité), privilégiant le visuel aux autres sens. La sexualité n'est pas trop affectée par la vie ordinaire. Les plaintes sont donc plus « techniques » : troubles de l'érection et de l'éjaculation ;
- la femme a une sexualité plus subjective, plurisensorielle (olfactive, auditive, tactile, etc.), fantasmatique, imaginative et contextuelle, dépendant de la réalité quotidienne. La pénétration est un moyen plus qu'un but. Les plaintes sexuelles sont donc plus « qualitatives » : troubles du désir et du plaisir ;
- l'homme est sexuel avant d'être sensuel, la femme est sensuelle avant d'être sexuelle ;

• l'homme est spontanément « rapide » ; il doit apprendre à contrôler son excitation. La femme est spontanément « dans le contrôle » ; elle doit apprendre à « se lâcher » dans son excitation.

Dans le cadre de l'information thérapeutique, la bibliothérapie prend une place de choix dans les protocoles sexothérapiques. Elle peut concerner une information générale sur la sexualité ou une information spécifique sur une dysfonction sexuelle. Différentes études (Trudel, 1988 ; de Sutter, 2002 ; de Carufel, 2009 ; etc.) ont montré l'efficacité de ce type d'instrument dans le traitement de certaines dysfonctions.

Techniques à médiation corporelle

Des techniques spécifiques existent pour permettre une meilleure gestion émotionnelle. Elles abaissent la tension intérieure et facilitent l'expérience du lâcher-prise et la découverte de sensations plus positives. Ces techniques à médiation corporelle, d'épistémologies diverses, vont de la relaxation à l'hypnose en passant par la sophrologie ou la musicothérapie, et plus récemment les techniques de « pleine conscience ». Nous ne détaillerons pas ici toutes ces différentes techniques, déjà abordées dans des ouvrages de sexothérapie (Araoz, 1994 ; Poudat, 2010). Certains éléments seront tout de même repris dans les chapitres cliniques. Nous pouvons tout de même relever des outils pertinents à utiliser dans la prise en charge : la respiration synchronique, la technique de désensibilisation ou d'acceptation progressive sous relaxation, les techniques cognitives sous relaxation, les techniques d'élaboration fantasmatique, etc.

Thérapies orientées sur les solutions

Nous allons nous intéresser à la thérapie solutionniste, une orientation thérapeutique dont certains aspects sont proches des thérapies comportementales malgré une épistémologie différente. Plutôt que de se centrer sur le trouble sexuel, sur les capacités du patient à répéter les mêmes conséquences, les mêmes ruminations, les mêmes échecs et les mêmes fuites (causalité circulaire négative), le thérapeute dans le cadre solutionniste va surtout s'intéresser aux compétences, aux ressources, aux valeurs et aux potentiels du patient, c'est-à-dire ce qu'il a déjà réussi à faire lui-même ou son entourage pour résoudre le problème et modifier certains paramètres qui le composent (les mots agréables, les gestes rassurants, le contexte positif, etc.).

Aussi, nous nous intéressons moins à la recherche explicative et au pourquoi d'un problème (la causalité linéaire), qu'à l'étude des solutions efficaces ou inefficaces passées, présentes et futures (la causalité circulaire) déjà expérimentées par le patient, dans le passé, la plupart du temps sans le savoir (prétérisation : relire les expériences passées), ou projetées (futurisation) dans des expériences futures. D'autre part, si le thérapeute s'intéresse à l'hypothèse exposée par

le patient pour comprendre son trouble, ce n'est pas dans le but d'une recherche purement théorique sur son trouble, mais pour que le patient lui-même prenne conscience de son système de répétition de l'échec. La compréhension des mécanismes mis en place par le patient, des boucles négatives amenant à l'échec, est une étape essentielle de la thérapie.

O'Hanlon et Weiner-Davis (1995) rappellent les critères spécifiques qui caractérisent les thérapies brèves, pouvant être repris dans le cadre des sexothérapies :

- les clients ont des ressources et des points forts pour résoudre les problèmes (s'ils ont des capacités à faire pire, ils ont des capacités à faire moins pire, voire mieux) ;
- le changement est permanent (le couple est une dynamique) ;
- le rôle du thérapeute est de repérer et d'amplifier le changement ;
- en général, il n'est pas indispensable d'en savoir beaucoup sur le problème pour le résoudre ;
- un petit changement est nécessaire dans un système pour faire changer le système ;
- les clients définissent les objectifs ;
- il est possible d'obtenir des changements rapides ;
- il n'y a pas de façon « juste » de voir les choses, différents points de vue peuvent être tout aussi valables et s'adapter aussi bien aux faits ;
- l'intérêt est centré sur ce qui est réalisable et ce qui peut être changé plutôt que sur ce qui est inaccessible et qui ne peut pas être changé.

Conclusion

Quelques repères sous forme de remarques peuvent aider le patient à tenir un rôle actif dans la résolution de son problème (Poudat, 2010) :

> - Prenez le temps de réfléchir à votre problème, quantifiez votre souffrance sur une échelle de 0 à 10 (0 : pas de souffrance ; 10 : maximum d'intensité de la souffrance).
> - Efforcez-vous à utiliser le « je » lorsque vous voulez expliquer votre problème plutôt que le « nous » ou le « on » (je souffre, j'ai du mal, j'aurais envie, etc.).
> - Dites-vous que le problème est uniquement votre vision du problème. Ce n'est pas toujours la Vérité mais c'est votre représentation du problème face à un partenaire qui a sa propre représentation de ce problème.
> - Rappelez-vous qu'on a le droit de rater, de réussir, de tourner en rond, de douter, de nous interroger : c'est humain. La sexualité échappe à la loi du tout au rien.
> - Rappelez-vous qu'un problème n'est qu'une partie de soi (je ne suis pas un problème, j'ai un problème...).

- Rappelez-vous qu'un changement n'est possible que si vous participez vous-même, de manière active, à la résolution du problème sans attendre de la magie du thérapeute.
- Négociez les objectifs intermédiaires réalisables à domicile avant d'en arriver à l'objectif final.
- Demandez-vous ce que serait la solution idéale (à raconter en détail). Quels sont les moyens pour arriver à cette solution idéale ?
- Demandez-vous ce qu'aurait été la pire situation. Comment avez-vous fait pour que cela n'arrive pas ?
- Interrogez-vous sur les situations au cours desquelles le problème était absent. Que faisiez-vous alors ?
- Efforcez-vous de construire des moments privilégiés pour que cela aille mieux (contexte, ambiance, climat, etc.).
- Mettez en évidence les changements qui ont déjà été efficaces.
- Faites peu et bien plutôt que beaucoup et mal.
- On n'arrive à rien sans prendre de petits risques. Il y a aussi un risque à ne rien faire.
- Construisez à deux, en harmonie, votre relation sexuelle.
- Ne passez pas votre temps à jouer aux devinettes avec l'autre. Communiquez vos envies.
- Occupez-vous des moyens à trouver pour favoriser une meilleure rencontre sexuelle plutôt qu'un but systématique à atteindre.
- Concentrez-vous sur vos sensations plutôt que sur vos performances.
- Sachez remettre en question vos acquis.
- Sachez que chaque rapport sexuel est unique.
- Donnez-vous un rendez-vous en couple une fois par semaine pour faire le bilan de ce que vous avez essayé de faire en positif et de ce qui s'est passé de négatif dans le couple, pour le conjoint et pour vous-même.
- Prenez rendez-vous auprès d'un spécialiste. Il vaut mieux consulter pour apaiser une petite angoisse, qu'attendre...

Nous ne sommes plus dans la recherche à tout prix de guérison du symptôme, mais dans la mise en place de changements réalistes, minimaux, créant suffisamment de différence par rapport à l'état initial. Le patient et son processus continueront seuls à évoluer vers une nouvelle situation stable où le symptôme n'aura plus la même importance, où même n'aura plus lieu d'être.

Enfin, le thérapeute doit dans ses explications aborder les rechutes. Il aidera ainsi le patient à se projeter dans l'avenir avec et sans son problème Cette notion permet de relativiser ce qu'est « la sexualité normale » : une sexualité normale est une sexualité « avec des pannes », la perfection fait partie de ces nombreuses croyances irrationnelles enfermantes. Se distancier de cette perfection, c'est se donner le droit d'avoir des compétences et des ressources, mais aussi des fragilités et

des... pannes. Ainsi, d'autres alternatives au seul plaisir génital de la pénétration sont à découvrir.

Références

Araoz, D.L. (1994). *Hypnose et sexologie une thérapie des troubles sexuels*. Paris : Albin Michel.

Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5e édition). Issy-les-Moulineaux : Masson.

de Carufel, F. (2009). *L'éjaculation prématurée*. Bruxelles : Presses Universitaires de Louvain.

de Sutter, P., Reynaert, C., Van Broeck, N., & de carufel, F. (2002). Traitement de l'EP par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 131-136.

O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1995). *Une approche nouvelle en psychothérapie. L'orientation vers les solutions*. Bruxelles : Satas.

Poudat, F.X. (2010). *Bien vivre sa sexualité*. Paris : Odile Jacob.

Poudat, F.X., & Jarrousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson.

Trudel, G. (1988). *Les dysfonctions sexuelles. Évaluation et traitement*. Montréal : Presses Universitaires du Québec.

Partie II

Clinique et thérapeutique des difficultés sexuelles

CHAPITRE 10
Vaginisme

Noëlla Jarrousse

Généralités

Le vaginisme est une des plaintes classiques de la femme venant en consultation soit d'elle-même, soit par le biais de son médecin traitant ou de son gynécologue. La demande fait plus souvent suite à une démarche infructueuse de désir d'enfant qu'à une demande d'épanouissement sexuel. À la différence d'une démarche pour anorgasmie ou trouble du désir, la patiente peut dans certains cas avoir de la difficulté à accepter une prise en charge, de prime abord trop sexologique, focalisée sur une éventuelle étiologie organique ou physique. L'investissement corporel, sensoriel, sensuel et érotique ne faisant pas partie de la réalité quotidienne de ces patientes, l'abord du symptôme doit se faire de manière progressive, minimaliste, pour éviter le renforcement de la peur, les résistances au changement et l'hyperinvestissement d'un corps désexualisé.

Le vaginisme reste un trouble très complexe, pas tant sur le plan diagnostique (la patiente décrit souvent très bien son trouble) que sur le plan de l'analyse des facteurs étiologiques (il faut se méfier des évidences) et sur le plan thérapeutique. À ce sujet, les principales stratégies utilisées pour leur efficacité sont les TCC incluant obligatoirement le partenaire, composante indispensable de la guérison, mais aussi facteur fréquent de résistance au traitement. Il faut donc impérativement, plus que dans d'autres troubles, l'intégrer à la prise en charge.

Définition

Les caractéristiques retrouvées dans le DSM-IV-R sont les suivantes :
A : spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin, perturbant les rapports sexuels ;
B : la perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ;
C : la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe 1 (par exemple, somatisation) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Sous-types :

- type « de tout temps » : dysfonction présente dès le début de l'activité sexuelle ;
- type « acquis » : lorsque la dysfonction n'apparaît qu'après activité sexuelle normale ;
- type « situationnel » : lorsque la dysfonction est sélective à certains partenaires ;
- dû à des facteurs psychologiques ; ce sous-type s'applique quand on estime que les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou la persistance de la dysfonction sexuelle ;
- dû à une combinaison de facteurs...

Paramètres psychologiques

Y a-t-il un profil caractéristique de la femme vaginique ? Il semblerait que, comme pour les hommes vivant avec une partenaire vaginique, le choix ne se fasse pas par hasard. La peur d'avoir mal, d'être enceinte ou de perdre le contrôle l'amènera facilement vers un homme doux et peu entreprenant dans ce domaine, tout en lui reprochant de multiples refus de pénétration. Le but est pour elle de garder la maîtrise de son corps, voulant faire confiance tout en voulant rester « maîtresse des lieux ».

La femme ayant un vaginisme se vit comme une angoissée du corps nu, des menstruations, des microbes, honteuse du plaisir qu'elle pourrait avoir. Elle est envahie de mauvaises pensées, véhiculant des idées irrationnelles sur la « sous-dimension » de ses organes génitaux et leur incapacité à se relâcher, et la « sur-dimension » du sexe de son partenaire. Cette anxiophobie de la pénétration est ressentie douloureusement, comme un handicap au bonheur d'être femme et à la qualité de vie... La femme attend passivement, parfois de manière détachée, ou honteusement de manière obsédante, que le problème se résolve seul, jusqu'au moment d'un déclic : livre, remontrance du mari, émission TV, un désir enfin exprimé de maternité, un examen gynécologique en douceur suite à une mycose par exemple ; la patiente accepte alors une démarche sexologique, c'est

le début d'une thérapie au cours de laquelle il serait bon d'inclure peu à peu le partenaire, trop souvent oublié dans la thérapie.

Y a-t-il un profil caractéristique de l'homme qui accompagne une partenaire vaginique ? Il semblerait, toutes littératures confondues (Grafeille, 1994), que la réponse soit positive. En effet, il n'y aurait pas de hasard, comme il n'y en a pas dans le choix des conjoints (Jarrousse et Poudat, 1992). La personnalité du partenaire est souvent sans troubles psychologiques graves, mais il se révèle être attentiste, très gentil, ne bousculant rien dans la relation... il attend, véhicule un discours simple et parfois dédramatisant : « Ne t'inquiète pas, la prochaine fois ça marchera... » En plus s'établit une complicité rassurante et secrète entre les deux membres du couple qui, pendant quelquefois plus de 15 à 18 ans, restera ainsi, stable, sans demandes de consultation.

Le partenaire est parfois porteur d'une dysfonction sexuelle : éjaculation prématurée ou dysérection transitoire liée au stress, à une méconnaissance personnelle, à une appréhension des réactions de sa partenaire, à une inhibition face aux questions incessantes de l'entourage (« Alors, c'est pour quand ? »). Pour certains auteurs, il est possible, sans aucune certitude, d'entrevoir une homosexualité latente (5 à 6 %).

Le plus souvent, le patient prendra conscience, au cours d'un entretien individuel, de sa pseudo-passivité. Le thérapeute lui donnera la permission d'essayer d'être actif face à sa peur, d'expérimenter sans brutalité mais avec plus de fermeté les câlins et essais de pénétrations (entrée du vagin ou caresses avec le doigt), pour que le patient ose aller plus loin, avoir confiance et ainsi rassurer un peu sa partenaire.

Étiologies générales

- Éducation stricte, idées irrationnelles sur le sexe véhiculées par les parents, les amis, les médias (magazines, radio, TV, cinéma, etc.).
- Traumatisme, viol, inceste, pédophilie.
- Dégoût du corps (le sien et l'autre).
- Peur irraisonnée de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.
- Agressivité ou méconnaissance de la femme de la part du partenaire.
- Toute organicité : hymen épais, dyspareunie (ménopause, cancer, mycoses, herpès).

Hypothèses expliquant le vaginisme primaire et secondaire

Il y a plusieurs lectures possibles du trouble qui peuvent interagir les unes avec les autres :

- pour certaines femmes, le vaginisme est essentiellement lié à la peur de la douleur, mettant en place une réaction de stress et d'angoisse :

contracture réflexe, sécheresse vaginale, douleur lors de toute tentative, accentuation du stress et des scénarios catastrophes, amenant comme pour toute réaction phobique à un évitement progressif de tout ce qui peut déclencher des douleurs (véritable stress post-traumatique). Les personnalités sont souvent proches des profils anxieux et phobiques (phobie simple, phobie sociale, anxiété généralisée, etc.) ; cela comprend la peur de soi, la peur de l'autre, la peur du sexe, la peur du contact, la peur d'avoir mal, la peur de faire du mal ;

• pour d'autres femmes, le facteur principal est celui de la perte de contrôle et de maîtrise du corps. Certaines personnalités sont caractérisées par l'incapacité à lâcher prise, à laisser aller leur corps aux émotions et aux sensations. Le corps est souvent investi comme un « organe mécanicisé » dont le contrôle est le seul but afin d'éviter de faire face aux bouleversements émotionnels trop risqués, car non maîtrisables, des événements de la vie quotidienne. On retrouve des personnalités obsessionnelles, borderline, etc. ;

• certaines femmes déclenchent leur vaginisme dans un contexte environnemental et affectif particulier ; c'est la présence de l'autre et/ou du système construit avec l'autre qui crée le symptôme. C'est le symptôme du couple en interaction l'un avec l'autre. Le partenaire a aussi son symptôme sexuel ou non qui contrebalance celui de la femme ;

• enfin, certaines femmes sont volontairement dans le refus de la pénétration. Il n'y a pas de peur, ni de conflit de couple, ni de besoin de contrôle de soi ou de l'autre. L'évitement du contact s'intègre dans une problématique plus profonde qui ne sera verbalisée qu'au cours d'entretiens psychothérapiques suivis. Cette manière d'être au monde leur donne une impression d'exister narcissiquement, sans faille et sans risque.

Épidémiologie

Si on recense les différentes statistiques à ce sujet, il semble que peu d'auteurs et chercheurs soient concordants. En 1970, Masters et Johnson estimaient n'avoir vu que 29 cas en 11 ans ; en 1982, Grafeille répertorie 100 cas en 5 ans. Certains auteurs (Reissing et al., 1999) s'interrogent dans une revue de la littérature sur l'existence ou non du vaginisme. En effet, beaucoup de thérapeutes ont longtemps ignoré ce trouble... En 2006, Colson cite un travail italien auquel a participé Giami où il apparaissait que sur les femmes consultant en sexologie, 29 % se plaignaient de vaginisme, avec une réelle impossibilité de pénétration tant la douleur et la peur étaient importantes. Puis, en 2009, Grafeille refait une enquête personnelle sur ses patientes et arrivait à 20 à 30 % de pathologies vaginiques.

Dans une étude en cours (Jarrousse) portant sur 2 années, 2010-2011, en incluant les patientes ayant une mutilation sexuelle de stade 1, 2 ou 3[1], sur 300 dossiers de plaintes pour douleurs au moment du rapport sexuel (vaginisme primaire : il n'y a jamais eu de rapport sexuel complet ; vaginisme secondaire : il y a eu des rapports sexuels avec pénétration, grossesse et accouchement par voie basse et sans maladie autre, ni cancer, ni ménopause prévue), on retrouve semble-t-il les mêmes pourcentages de plaintes que Grafeille, douleur lors de tentatives de pénétration entraînant un vaginisme, 25 à 27 patientes sur 100 ont des douleurs réelles. Ce qui caractérise ces patientes, d'après l'étude de Hawton et Catalan (1990), est que 27 % d'entre elles sont imprégnées de fortes croyances religieuses, 8 % ont été victimes d'abus sexuels, 39 % n'aiment pas leur corps, et la plupart ont peur d'avoir mal.

Hypothèses de travail

Les TCC présentent ici l'avantage de permettre l'élaboration d'un schéma et d'une proposition thérapeutiques associant les paramètres caractéristiques du vaginisme : le comportement, le système cognitif et le corps :

- Triple colonne de Beck pour aider au recadrage et reformulation des cognitions négatives.
- Auto-enregistrement pour préparer une désensibilisation de la phobie de la pénétration.
- Apprentissage du toucher de son propre corps et des sensations musculaires (exercices de Kegel, voir Chapitre 11, « Dyspareunies »).
- Apprentissage des sensations qui conduisent au plaisir orgasmique, car il est vrai qu'il serait dommage de ne pas prendre en compte cet aspect, pour l'évoquer après la résolution du vaginisme. Nous ne devons pas en rester au côté uniquement mécanique (pénétration pour avoir un enfant), mais suggérer au couple que derrière la résolution du problème mécanique, il y a un au-delà du génital qu'est le sexuel avec la composante plaisir et épanouissement personnel et affectif.
- Programme de Masters et Johnson, avec toujours pour objectifs d'aller progressivement des caresses non sexuelles vers des caresses plus sexuelles, de se parler doucement : « J'aime ou je n'aime pas ces caresses », de donner des indications, l'autre n'est pas là pour deviner vos désirs, voire il ne sait souvent pas ce qu'il faut faire réellement. Chaque femme est différente, chaque homme l'est aussi, avec certaines fois une immense

1. Mutilations sexuelles féminines (MSF), stade 1 : ablation du clitoris, stade 2 : ablation du clitoris et des petites lèvres, stade 3 : infibulation.

attente réciproque, souvent peu verbalisée. Mais, face à une partenaire qui est aussi apeurée et qui demande une grande réassurance, il semble donc fondamental de prendre en charge l'aspect affectif et cognitif du couple et de la relation.

• La prise en charge de problèmes sexuels chez le conjoint est aussi essentielle ; l'éjaculation prématurée ou l'impuissance du partenaire qui a peur de « faire mal », face à la jeune femme exprimant « Aïe ! tu me fais mal », s'intègre dans la prise en charge multimodale de TCC.

• Plus qu'une prise en compte du vaginisme comme contracture mécanique, c'est l'être dans sa globalité qu'il faut savoir regarder. Il y a la demande première et les demandes cachées, les questionnements thématiques sous-jacents qui s'expriment au fur et à mesure que les entretiens avancent, la manière dont la femme se ressent en tant qu'être sexué...

• La thérapie devra toujours partir des ressources et des compétences que la femme possède face à son trouble. Il faut souligner positivement ce que la femme a déjà été capable de faire face à son problème (s'explorer seule, caresser son partenaire, etc.), en fait pratiquer ce qui « marche » et arrêter ce qui renforce le trouble. Il faut toujours partir du mode d'expression du trouble (corporel, cognitif, comportemental) que la femme utilise quotidiennement. Par exemple, si la femme contrôle en permanence son corps, résiste à tout laisser-aller, il sera plus pertinent d'utiliser des techniques de relaxation dynamique (yeux ouverts, debout, en mouvement) ou d'exposition *in vivo*, techniques qui iront dans son sens, qui lui permettront, dans un premier temps, de garder le contrôle ; le thérapeute mettra par la suite progressivement un « virus » dans le système pour un lâcher-prise minimaliste créant le juste changement thérapeutique.

Analyse fonctionnelle

• Antécédents historiques : contexte familial et éducatif, traumatismes, viol, manque d'information, peurs irrationnelles dès l'enfance, TV, médias, etc.

• Antécédents récents : premier rapport sexuel douloureux, etc.

• Comportement problème : vaginisme réactionnel (primaire ou secondaire).

• Conséquences sur l'environnement : peur des réunions de famille, des groupes (amis ou sportifs) qui abordent souvent la question du bébé...

• Conséquences sur l'individu : évitement des contacts sensuels et sexuels, baisse de l'estime de soi et désespoir de ne jamais y arriver, peur d'être abandonnée par son partenaire, etc.

Proposition thérapeutique et méthodologie

Désensibilisation systématique

Cette étape est très fréquemment utilisée lorsque le niveau d'angoisse est important, rendant compte de l'évitement répété face à la peur. Les méthodes de relaxation, de sophrologie, d'hypnose, d'EMDR[2] et de pleine conscience ont été utilisées, permettant de placer la femme pour des exercices d'exposition, dans un état de conscience particulier, facilitant ainsi le travail d'acceptation progressive et de clivage situation/émotion.

Au préalable, la patiente qui présente un vaginisme étant souvent une personne insécurisée au moment où elle consulte, la réussite du protocole nécessitera de la part du thérapeute qu'il croit en sa thérapie, dans les exercices proposés et en sa capacité à aider la patiente, et de la part de la patiente qu'elle croit, elle aussi, en l'efficacité de la thérapie et en sa capacité à mettre en pratique les exercices qu'elle définira elle-même avec le thérapeute. Il faut donc s'assurer que la patiente a bien compris la méthodologie et que la hiérarchie utilisée pendant la relaxation ou la sophrologie est bien composée d'items progressifs (choisis par elle et non par le thérapeute) qui l'aideront à résoudre son problème. La hiérarchie plus ou moins détaillée sera évidemment différente en fonction du type de peur que la patiente exprime. La peur d'avoir mal ou la peur des hommes en général demandent des techniques de désensibilisation systématique différentes :

- on peut dans le premier cas faire « imaginer que je puisse explorer mon sexe avec un doigt ou mettre un tampon... » ;
- alors que pour la femme vaginique primaire ayant peur de l'homme (elle garde l'image stressante de films pornographiques regardés à l'adolescence avec cousins et frères, et conserve des idées négatives et irrationnelles sur le sexe de l'homme, sa brutalité et ses intentions de possession), il est plus judicieux d'aider à une modification des schémas de croyances sur l'homme, de hiérarchiser différents items stressants mais dans lesquels elle aurait un rôle actif de contrôle et d'affirmation d'elle-même. Dans un second temps, elle développera ce qui est positif chez l'homme, dans sa vie et comment créer un scénario érotico-sensuel apaisant sous sophronisation (relaxation en sophrologie), le point important restant l'approche corporelle à deux.

2. *Eye movement desensitization and reprocessing.*

Exemple de feuille de hiérarchisation dans le vaginisme (Jarrousse et Poudat, 1992).

	Anxiété (%)	**Note d'efficacité personnelle – ce qu'elle se sent capable de faire. Croyance aux résultats (%)**
Regarder mon corps nu dans une glace		
Regarder mon sexe nu dans une glace		
Toucher mon sexe sans regarder		
Toucher mon sexe en regardant		
Explorer mon sexe		
Délimiter avec un doigt l'entrée du vagin		
Placer un doigt en restant quelques instants à l'entrée du vagin		
Pénétrer un petit doigt dans le vagin sans y rester		
Pénétrer le médius dans le vagin en contractant mon vagin dessus		
Pénétrer deux doigts dans le vagin		
Caresser mon partenaire au niveau des zones sexuelles		
Avec partenaire : approcher un doigt en le tenant proche de la vulve sans pénétration		
Pénétrer un doigt dans le vagin		
Pénétrer deux doigts en les tenant dans le vagin		
Approcher la verge en la tenant proche de la vulve sans pénétration		
Essayer de faire pénétrer la verge, la femme étant en position supérieure		

Programme de Masters et Johnson (6 semaines)

1[re] et 2[e] semaines : se caresser longtemps tout le corps en évitant les zones sexuelles et, *surtout*, se dire « j'aime, je n'aime pas, plus fort, moins fort, etc. ».

3ᵉ et 4ᵉ semaines : se caresser longtemps sur tout le corps en caressant les zones sexuelles comme les autres parties du corps, en disant à l'autre les informations « j'aime, je n'aime pas, plus fort, moins fort, etc. » (trouver les zones sensuelles).
5ᵉ et 6ᵉ semaines : se caresser sur toutes les zones du corps en insistant plus sur les zones sexuelles et sensuelles, en se disant toujours ce qui fait plaisir ou non ; la lubrification et sensations apparaîtront alors peu à peu.

Lors des rendez-vous suivants, posez des questions discrètes « Est-ce mieux, avez-vous rencontré des difficultés, lesquelles ? » et ajustez votre programme, encouragez le couple et proposez les séances pratiques de toucher progressif, doigt, pénis, sur les zones sexuelles de la femme.

Cas clinique

Agnès, 38 ans, secrétaire (une activité professionnelle qui l'équilibre totalement, dit-elle), et Michel, 42 ans, conducteur de travaux (très apprécié dans son travail), viennent en consultation pour problème sexuel. Aucune conjugopathie, mais le couple se renferme sur lui-même, triste de ne pas avoir d'enfant après 15 ans de vie commune. Comme ils le précisent : « On a tout, la maison, des amis, du travail, on s'aime et on n'arrive pas à faire un enfant, ça devient dramatique... On a eu honte de consulter plus tôt. »

En ce qui concerne Agnès :
• antécédents historiques : RAS, juste un manque d'informations sexuelles et de connaissances corporelles ;
• antécédents récents : premier essai de rapport sexuel « loupé », douloureux ;
• comportement problème : anxiophobie de la pénétration ;
• conséquences sur l'individu : évitement de Michel et baisse de moral ;
• conséquences sur l'environnement : s'exclut du baptême de sa nièce et fuit ses amies enceintes.

En ce qui concerne Michel :
• antécédents historiques : RAS, juste, comme Agnès, un manque d'informations sur la sexualité ;
• antécédents récents : n'arrive pas à pénétrer Agnès et pense qu'il en est responsable... impuissance... n'ose rien proposer ;
• comportement problème : vaginisme et profil du conjoint inhibé ;
• conséquences sur l'individu : perte d'estime de lui-même, n'ose pas insister, même en douceur ;
• conséquences sur l'environnement : lui aussi fuit les réunions d'amis, de sport et de famille.

Conseils pour les deux

• Étape psychopédagogique : bibliothérapie (proposition de divers ouvrages dont des « *help self book* ») et entretiens en couple.
• Proposition d'auto-enregistrement et triple colonne de Beck :

Idées irrationnelles	Émotions	Idées rationnelles
Il s'approche de moi... trop vite... c'est sûrement pour faire l'amour. Il n'a pas à te demander de faire l'amour sous la contrainte.	Je tremble. J'ai peur. J'ai mal !	Calme-toi, tu peux lui parler... Détends-toi, il ne va pas « te sauter dessus ».

• Questionnement de Michel, pour une meilleure approche :
Thérapeute : Aimeriez-vous le conseil d'un livre, des explications sur les caresses du corps de la femme ?
Michel : Oui.
Thérapeute : Combien de temps faut-il pour préparer une femme à faire l'amour ?
Michel : Je ne sais pas.
Thérapeute : Pensez-vous qu'une demi-heure de caresses vous semblerait bien ? [*avec le programme de Masters et Johnson*]
Michel : Oui.
• Désensibilisation systématique de l'anxiophobie de la pénétration pour Agnès sous sophrologie :
– j'imagine des caresses à deux « habillés » ;
– j'imagine des caresses à deux déshabillés ;
– j'imagine des caresses en osant lui dire que j'aime ;
– j'imagine des caresses à deux en lui demandant ce qu'il aime ;
– j'imagine que l'on mélange nos échanges de caresses ;
– j'imagine que je le caresse sexuellement ;
– j'imagine qu'il me caresse sexuellement ;
– j'imagine qu'il puisse faire un massage de mon périnée avec son doigt ;
– j'imagine que le gland puisse arriver à l'entrée du vagin ;
– j'imagine le pénis en moi sans douleur puis avec plaisir ;
– j'imagine la pénétration, sans peur, en changeant de position... en étant plus inventive... le bonheur.

Les séances se déroulent à raison de deux fois par semaine et sont ponctuées d'exercices de massage du périnée, des exercices de Kegel avec gel hydratant.

Dans les mois qui ont suivi le début de la prise en charge, il a été évidemment question de la prise en compte du désir d'enfant qui a repris une place « réaliste » dans le cheminement du couple.

Discussion

Le vaginisme, comme la dyspareunie, reste un protocole personnalisé même s'il y a des trames communes. Il ne faut pas perdre de vue que l'être humain est unique, surtout dans le domaine de l'apprentissage des rythmes physiques et affectifs. Pour le cas d'Agnès et Michel, les objectifs pour eux sont atteints.

		Elle			Lui	
Heureux d'une pénétration	Oui	0 ---x-------- 7	Non	Oui	0 --x------- 7	Non
Estime de soi	Oui	0 ----x------- 7	Non	Oui	0 --x------- 7	Non

Mais tous deux, ainsi que le thérapeute, estiment qu'il reste du chemin à parcourir... Suivi à 6, 12 et 18 mois, afin d'aborder sérieusement l'épanouissement du plaisir sexuel et des jeux amoureux.

Conclusion

Le vaginisme présente, de nos jours, une prise en charge assez formelle, connue et reconnue par tous les sexothérapeutes. Comme nous l'avons remarqué au cours de la présentation des protocoles thérapeutiques, il n'est pas seulement question de « plaquer » des exercices TCC dans le seul but d'éliminer le facteur mécanique, si important soit-il, mais de permettre à la patiente de comprendre, de ressentir, puis d'incorporer dans son corps, le Sexe dans toutes ses composantes. Permettre à la femme de « façonner » ses sensations corporelles, d'expérimenter sans peur le lâcher-prise, d'être active sur ses perceptions sensorielles et sensuelles sont autant de moyens, au-delà de l'enfermement symptomatique, de s'autonomiser et de grandir dans une meilleure estime d'elle-même.

Références

Colson, M.H. (2006). *Le vaginisme*. Conférence ISSM, septembre 2006.
Grafeille N. (2009). *On ne peut pas me pénétrer*. Colloque AIHUS, Lille 2009.
Grafeille, N. (1982). Approche cognitivo-comportementale du vaginisme. Mémoire CES de psychiatrie, Bordeaux.
Grafeille, N. (1994). La peur de la pénétration : à propos des partenaires des femmes vaginiques. *Cahiers de sexologie clinique*, *10*, 106-112.
Hawton, K., & Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus, characteristics of couples and treatement outcome. *Sexual and Marital Therapy*, *5*, 39-48.
Jarrousse, N. (2010). Rapport d'activité. UGOMPS, CHU Nantes.

Jarrousse, N., & Poudat, F.X. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. (2e édition). Paris : Masson.

Mini DSM-IV-R. (2010). Paris : Masson.

Reissing, E.D., Binik, Y.M., & Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist ? A critical review of the litterature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 261-274.

Chapitre 11
Dyspareunies

Noëlla Jarrousse

La dyspareunie qui se caractérise principalement par une douleur intense lors de la pénétration est devenue depuis quelques années un réel problème de santé sexuelle, sollicitant le corps médical bien au-delà de l'aspect physique et gynécologique de la plainte. Toutes les études concordent pour souligner l'impact négatif sur le bien-être psychologique, la qualité de vie de la femme et la qualité sexuelle du fonctionnement conjugal. Cela peut conduire à un dysfonctionnement conjugal allant jusqu'à la séparation, la dépression, le sous-estime de soi, etc. Les sexologues, psychiatres et psychologues sont sollicités pour aider à une prise en charge où le médicament et une intervention gynécologique seuls ne suffisent pas. Un des outils possibles pour l'équipe pluridisciplinaire est la prise en charge cognitivo-comportementale, incluant un abord émotionnel, corporel, cognitif, comportemental et relationnel du patient (homme ou femme) (Lemieux & Bergeron, 2010).

Définition du DSM-IV-R

A : douleur génitale persistante ou répétée, associée aux rapports sexuels chez l'homme ou chez la femme ;
B : la perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ;
C : la perturbation n'est pas due exclusivement à un vaginisme et pas mieux expliquée par un trouble de l'axe 1, ni due aux médicaments ou à une affection médicale générale.

Sexualité, couple et TCC – Les difficultés sexuelles

Épidémiologie

Le pourcentage concernant les femmes consultant pour dyspareunie serait de 20 à 25 % pour des demandes relatives à des douleurs intenses et souvent inexpliquées, perturbant complètement leur qualité de vie et s'inscrivant très vite dans une dysfonction conjugale si la pathologie se prolonge dans le temps. Il semble bon de rappeler que les statistiques en épidémiologie concernant les dyspareunies sont d'autant plus difficiles et incertaines que c'est seulement depuis 2006 que les Anglo-Saxons font une distinction plus claire entre vaginisme primaire, vaginisme secondaire et dyspareunies. Les Francophones la font depuis 1976.

Dans la pratique courante, il reste souvent bien difficile de faire la différence entre vaginisme secondaire et dyspareunie. Dans les enquêtes épidémiologiques concernant les motifs de consultation, nous retrouvons souvent la peur de confier sa douleur au thérapeute, peur de ne pas être dans la normalité face à son partenaire, les patientes ne comprenant pas dans 50 % des cas pourquoi cela leur arrive à elles !

Dans une étude réalisée à l'UGOMPS[1], au CHU de Nantes (Jarrousse, 2010-2011), 45 % des femmes africaines consultant pour dyspareunie ont des mutilations sexuelles féminines, ceci en raison d'une clitoridectomie (stade 1), d'une clitoridectomie plus ablation des petites lèvres (stade 2) ou d'une infibulation (stade 3). Malheureusement, ces femmes ne consultent que depuis peu car elles n'avaient pas connaissance de l'aide et du traitement médical, psychologique, sexologique et souvent chirurgical que l'on peut leur apporter.

Vingt-neuf pour cent des motifs de consultation (Giami, 2009) concernant la dyspareunie trouveraient leurs résonances dans une cohorte de traumatismes communs à beaucoup de symptômes en sexologie, comme des séquelles après accouchement (épisiotomie ou stress post-traumatique après césarienne), viol, cancer, ménopause, inceste, divorce, infection, maladie sexuellement transmissible, etc. Les causes de ces dyspareunies sont soit organiques, soit psychologiques, soit mixtes.

Réalités organiques de la dyspareunie

Clinique

La *vulvodynie* est un syndrome douloureux chronique muco-cutané dont le mode d'expression reste la « brûlure » intolérable et dont la physiopathologie est mal connue. La douleur n'est pas liée à l'organe douloureux, mais à un phénomène de sensibilisation centrale. Nous

1. Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale.

avançons peu à peu dans la compréhension de son mécanisme grâce aux investigations des centres antidouleur.

L'*allodynie* est une réponse douloureuse inadaptée, forte et prolongée, dont l'une des hypothèses serait l'association au rétrocontrôle négatif des neuromédiateurs (parmi eux, la sérotonine). Les explications sont encore peu précises pour les spécialistes de la douleur, qui préconisent pour la soulager anxiolytiques, relaxation et anesthésiques locaux.

Pour ces douleurs, il semblerait que la part psychologique soit prépondérante (cause ou conséquence ?).

Les demandes les plus fréquemment retrouvées en consultation sont : la prise en charge de douleur exacerbée en position assise, de douleur d'intromission lors des rapports sexuels ainsi que la baisse du désir et de la lubrification.

La dyspareunie concerne souvent des femmes périménopausées, parfois dans un contexte anxio-dépressif. Nous retrouvons également des femmes ayant eu un parcours douloureux face au cancer dit « affectif » (sein, ovaire, utérus) et des femmes ayant subi un deuil, une interruption médicale de grossesse, un divorce non désiré, le chômage, etc., toutes difficultés inattendues de notre vie « moderne » et qui ternissent l'image « rêvée » du bonheur.

Examen clinique et facteurs d'organicité

L'approche globale médicale et psychologique est toujours une étape importante tout au long de l'interrogatoire, sans omettre les causes organiques dermatologiques, infectieuses, neurologiques et autres qui sont multiples : érythème, papillomatoses physiologiques, vestibulodynies, etc., et qui nécessitent l'avis d'un spécialiste gynécologue ou dermatologue.

Les réelles douleurs physiques sont identifiées par le *test du coton-tige* qui déclenche une douleur inadaptée très caractéristique, « comme une déchirure ».

Les discussions diagnostiques concernant la douleur du nerf pudendal (nerf honteux) sont fréquentes, mais la douleur est plus large : périnéo-ano-vulvaire, souvent associée à un déficit sphinctérien. Dans ce cas de plainte, il est évident qu'il faut s'entourer d'autres spécialistes avant de débuter une TCC.

Dans les dyspareunies avec prurit vulvaire, le diagnostic est plus simple car il existe des brûlures et des démangeaisons fortes et récurrentes, mais surtout déclenchées par une angoisse psychologique réelle ou fantasmée : peur d'être enceinte, peur du sperme, peur du plaisir, etc.

Il ne faut pas oublier certains facteurs iatrogènes et physiologiques comme les prises d'antibiotiques, les règles, les rapports sexuels, les antécédents dermatologiques, les leucorrhées, les *Candida*, les lichens scléreux entraînant des fissures post-coïtales mais plus souvent à la ménopause, enfin nous n'oublierons pas les lésions précancéreuses comme la maladie de Bowen.

Dans la recherche de facteurs psychosomatiques, n'oublions pas les crispations permanentes du périnée, et tout traumatisme psychologique ou physiologique dont le patient a un vague souvenir, qu'il n'a jamais osé aborder.

Propositions thérapeutiques

• Crispation permanente du périnée (exercices de Kegel et sophrologie).
• Irritation de la « fourchette » vulvaire (automassage avec un gel hydratant à base d'acide hyaluronique).
• Suite de mycose (utiliser également le massage avec un antimycosique).
• Suite cancer du sein ou autre (massage avec gel hydratant plus reconstituant de la muqueuse, acide hyaluronique).
• Pré- et post-ménopause : les traitements substitutifs hormonaux en gel et crème améliorent localement mais sont de moins en moins acceptés par les femmes qui préfèrent l'huile d'amande douce ou l'acide hyaluronique.
• Antimycosiques sur longue durée : automassage avec un antimycosique associé à un gel hydratant et levure de bière vivante per os.
• La chirurgie étant pour le thérapeute le dernier recours, nous ne ferons qu'évoquer la vestibulectomie laser, où il sera, pour le chirurgien, important de prendre les mesures d'un tel acte en accord avec l'équipe pluridisciplinaire.
• Les anesthésiques locaux, lubrifiants et hydratants, soulageront et traiteront surtout les problèmes de confort pour les rapports sexuels.
• Quant à l'œstrogénothérapie, il faut faire attention aux cancers hormono-sensibles ; actuellement il est proposé à l'essai l'injection d'interféron, mais nous n'avons aucun recul sur les résultats.

Réalités cognitive et comportementale

Plusieurs points sont à garder à l'esprit quand le thérapeute débute une prise en charge TCC ; ils permettront à la thérapie d'être plus stratégique et donc plus efficace :
• la présence d'un facteur organique, si fréquent soit-il, ne présage en rien de l'absence de facteurs fonctionnels et/ou psychiques associés ou sous-jacents ;
• la prise en charge d'un syndrome douloureux sur le plan médical doit toujours s'accompagner d'une prise en charge psycho-environnementale globale ;
• la guérison du facteur organique ne signifie pas la suppression du syndrome algique par le fait même qu'une boucle réflexe se met en place très rapidement après l'apparition de la douleur ;

- la découverte d'un facteur organique ou psychique ne signifie pas qu'il y ait un lien direct entre ces facteurs et les causes de la douleur ;
- il y a souvent un contexte plurifactoriel plutôt qu'une cause unique ;
- la présence de la douleur ou l'appréhension de la survenue de la douleur amène un manque de concentration érotique et des idées fausses et irrationnelles perturbant la femme dans la fixation du scénario érotique, supprimant ainsi la lubrification naturelle, cette sécheresse déclenchant la dyspareunie. Certaines distorsions cognitives sont ainsi retrouvées :
« Ma douleur est forcément liée à une maladie organique » ;
« Je ne suis pas une malade psychiatrique » ;
« Mon mari ne restera pas avec moi » ;
« C'est incurable » ;
« J'ai forcement un problème grave caché ».
- Le manque d'apprentissage et de connaissance dans les relations sexuelles chez l'homme et chez la femme est aussi une cause fréquente de la mise en place d'un réflexe d'échec, tant sur le plan physiologique que psychologique. Il demandera, de la part du sexothérapeute, de mettre à disposition des outils pédagogiques autant pour l'homme que pour la femme (intérêt sur le plan thérapeutique de l'utilisation du *sensate focus*).
- Dans ce cadre, nous retrouvons aussi des facteurs provenant de l'autre sexe, les dysfonctions sexuelles masculines telle l'éjaculation prématurée ; l'homme, par souci de bien faire, se précipite par peur d'éjaculer à l'extérieur du vagin. Le vaginisme chez la femme peut aussi par ce même biais entraîner une dyspareunie masculine.

Prise en charge psycho-sexologique

La prise en charge, sur un mode multimodal, est, malgré un diagnostic facile, parfois complexe et multidisciplinaire du fait même des facteurs étiologiques associés. Si la guérison peut être de mise dans 60 à 70 % des cas, elle nécessite des consultations fréquentes demandant une alliance thérapeutique forte. La première étape est d'expliquer puis de faire intégrer au patient le passage du registre « douleur physique » au registre « douleur fonctionnelle » impliquant des facteurs psychiques. Ces différentes étapes sont nécessaires pour permettre un changement vers une amélioration, voire la guérison.

L'utilisation de traitements pharmacologiques est utile dans certains syndromes algiques mais ne doit pas se substituer au traitement multimodal.

La prise en charge sexologique et psychologique est probablement le maillon le plus important en incluant, bien évidemment, le partenaire tout au long de la thérapie (Lemieux & Bergeron, 2010) afin que le traitement de la douleur soit le plus global possible.

Analyse fonctionnelle (Fontaine & Ylieff, 1986)

Antécédents historiques		
Souvent douleurs non expliquées dès l'enfance		
Le corps méconnu laisse place aux fantasmes les plus irréels		
Traumatismes sexuels : inceste, viol, « jeux de docteur » culpabilisés		
Masturbation troublante ou mal reçue, voyeurisme, exhibitionnisme		
Éducation sexuelle oubliée, discours parentaux déstabilisants		
Parents peu amoureux et conflictuels		
Dégoût des parties génitales		
Antécédents récents		
Premier rapport douloureux		
Première infection génitale		
↙	↓	↘
Conséquences sur la personne ici et maintenant	**– Problème →**	**Conséquences sur l'environnement**
Vie intime perturbée, niée Déprime, sommeil Asthénie		Activité professionnelle délaissée Sport (évitement) Ami(e)s [évincé(e)s]

La patiente refuse souvent le psychothérapeute, le psychiatre, le (la) conseiller(e) conjugal(e), la relaxation.

Hypothèse de travail, intérêt des TCC

Dans la dyspareunie, nous ne rappellerons jamais assez que la douleur est là et fait souffrir la patiente, bien au-delà du diagnostic d'organicité, celui-ci ne suffisant pas toujours à formuler une hypothèse étiologique. La douleur est souvent un prétexte, et fait écran à l'instauration du dialogue et de l'introspection. Cela est fondamental à savoir pour aider la patiente dans son cheminement personnel tant dans la déconstruction du symptôme que dans la reconstruction de son être.

L'établissement d'une alliance thérapeutique, comme on peut le faire à l'issue du premier entretien, est fondé à partir d'un questionnement bienveillant : « Où ? Quand ? Parlez-moi de votre douleur, tout m'intéresse, notamment les mots utilisés pour la décrire, nous verrons, dans un second temps, votre histoire personnelle. »

Il est fondamental de s'intéresser vraiment à la personne, lui dire qu'on aimerait beaucoup l'aider, car ce genre de patiente s'entend trop souvent dire « c'est psy ». Elle quitte alors la thérapie, et c'est le turn-over bien connu de ces patientes, qui renforce encore chez elle l'idée qu'elle n'est pas importante, pas prise en compte, que ses propos sont évincés… L'alliance thérapeutique est le plus grand des atouts pour soigner une jeune femme se plaignant de douleurs inexpliquées.

Différentes étapes sont à prendre en compte :

- compréhension du symptôme dans ses quatre composantes : émotionnelles (ce que je ressens de mon trouble), cognitives (ce que je me dis quand mon problème est là ou quand j'anticipe sa venue), comportementales (comment je réagis concrètement face à mon trouble : évitement, répétition obsédante, surinvestissement d'autres intérêts, etc.), relationnelles (comment mon conjoint réagit, comment notre couple fonctionne) ;
- prise en compte du rôle actif du patient face à son trouble, passage du « subi » : « Je n'y peux rien, c'est plus fort que moi », à l'« actif » : « J'ai quelques outils avec lesquels je peux intervenir » ;
- explication à la patiente du protocole des TCC afin de l'aider à identifier ses plus grandes peurs, ses moments les plus douloureux :

Coter son angoisse	0	-------------------------------x- ---	7 maximum	avant traitement puis après traitement
Coter son estime de soi	0	-------------------------------x- ---	7 maximum	avant traitement puis après traitement

- sur le plan comportemental, explication des exercices de Kegel afin de mieux se connaître intimement.

Exercices de Kegel

Exercices permettant aux muscles périvaginaux de bien se contracter et se décontracter, afin de bien prendre conscience du corps réel ou fantasmé, être en contact avec lui (dans cette pathologie, le seul moyen de faire exister cette partie du corps, c'est de le mettre en souffrance). Cette douleur associée à une souffrance est psychologiquement reliée à des souvenirs anciens ou présents, parfois restés dans le déni de la réalité en disant : « *là*, ça me fait mal »...

Exemple : **serrer à fond pendant 3 secondes le sphincter anal puis relâcher, recommencer plusieurs fois de suite et trois fois par jour et prendre conscience entre « serrer : j'ai mal » et « serrer : je sens seulement mon corps qui travaille ». Ensuite prendre conscience de comment on peut relâcher son corps sans pour autant perdre le contrôle de ses sphincters, peur irrationnelle chez les femmes qui, serrant trop les sphincters, créent ainsi une inflammation.**

La plupart du temps il est important d'essayer d'intégrer le partenaire aux exercices si la patiente le veut bien, c'est-à-dire qu'elle accepte qu'il mette un doigt à l'intérieur du vagin de sa compagne, que celle-ci serre sur son doigt ses muscles périvaginaux et que son partenaire puisse lui dire s'il ressent ce serrement. Cela évolue alors vers une « alliance amoureuse » où chacun aide l'autre, il n'y a plus le « malade » et le « bien-portant ».

• auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles et rétablissement de celles-ci en pensées rationnelles. Puis questionnement sur ce qui semble vrai. Cotation de : « à combien je le pense vrai ». Exemple :

« À combien je pense que son pénis peut rentrer » :

Non	0	----------------------------------	7	Oui

« À combien je pense avoir mal » :

Pas du tout	0	----------------------------------	7	Maximum de douleur

« À combien j'évalue le bonheur d'un rapport sexuel à deux » :

Pas du tout	0	----------------------------------	7	Maximum de réussite

Cas clinique

Annabelle et Paul sont des étudiants de niveau master, l'un à Lille, l'autre à Bordeaux, brillants élèves, sans problèmes familiaux, sauf identification d'Annabelle à sa mère concernant les problèmes gynécologiques qui s'avéreront, par la suite, ne pas être de mêmes origines – réellement organiques pour la mère (ménopausée précocement à 34 ans) et Annabelle, ayant une muqueuse fragile certes, présentant beaucoup d'anticipation négative et une mauvaise hygiène intime. Il est à noter que, sur le plan relationnel amoureux, Paul semble trop rapide dans ses préliminaires.

Premier entretien

<table>
<tr><th colspan="2">Antécédents historiques</th></tr>
<tr><td colspan="2">La mère d'Annabelle a toujours eu des mycoses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Annabelle a toujours eu (même petite) des mycoses et des picotements vulvaires</td></tr>
<tr><th colspan="2">Antécédents récents</th></tr>
<tr><td colspan="2">Annabelle, lors de ses premiers rapports sexuels, a des douleurs et des pertes qui la brûlent.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Comportement problème</th></tr>
<tr><td colspan="2">↙ Dyspareunie (douleurs à répétition) ↘</td></tr>
<tr><th>Conséquences sur l'individu</th><th>Conséquences sur l'environnement</th></tr>
<tr><td>Évitement
Ne veut plus flirter
Préfère éviter le week-end à deux</td><td>Paul se lasse
Disputes en famille
Refus d'aller à la piscine (microbes), de faire du vélo (ça fait mal)</td></tr>
</table>

En fin d'entretien : exercices de Kegel, abord corporel en imagination, puis *in vivo*.

Deuxième et troisième entretiens

Questionnement sur le conflit conjugal possible s'il n'y a pas de rapports sexuels.

• « Pensez-vous qu'il pourrait partir ? Définitivement ? »

Non	0	------------------------------	7	Oui

• « Pensez-vous qu'il pourrait vous tromper ? »

Non	0	------------------------------	7	Oui

• « Pourriez-vous pardonner ? »

Non	0	------------------------------	7	Oui

• « Pensez-vous que la prise en charge en TCC soit la meilleure ou l'une des meilleures thérapies pour vous ? »

Non	0	------------------------------	7	Oui

• « Que proposez-vous autrement ? »
 – Le quitter (évitement)

Non	0	------------------------------	7	Oui

 – Faire un break

Non	0	------------------------------	7	Oui

• Sur le plan émotionnel :
« Êtes-vous triste ? »

Non	0	------------------------------	7	Oui

• « Avez-vous de la peine pour lui ? »

Non	0	------------------------------	7	Oui

Tout ceci sert à créer non seulement une bonne alliance thérapeutique, mais sert aussi à avoir une idée précise du changement.

Quatrième et cinquième entretiens : questionnement général

• « Ai-je raison de me positionner comme ma mère ? »

Non	0	---------------------------x-----	7	Oui

• « Puis-je éviter les lavages intimes fréquents ? »

Non	0	---x-----------------------------	7	Oui

• « Puis-je me préparer positivement à faire l'amour (gel plus scénario érotique) ? »

Non	0	---x-----------------------------	7	Oui

• « Suis-je capable d'oser demander à Paul plus de câlins, caresses ? »

Non	0	---x-----------------------------	7	Oui

Sixième entretien

Sensibilisation à la sophrologie et concentration sur un scénario érotique, avec musique calme pendant les caresses plus gel hydratant, explication du *sensate focus*.

Résultats : meilleure lubrification, moins d'appréhension et sensation de plus en plus agréable à la pénétration.

Septième entretien

On notera une petite rechute, Paul avait repris ses anciennes habitudes – rapport trop rapide – et Annabelle ne précisait plus « moins fort, j'aime, je n'aime pas... ».

Huitième entretien

Redéfinition des objectifs en dehors des relations sexuelles, nouveau motif de consultation.

Réponse : « On n'a pas d'objectifs à long terme ! ça va comme ça... c'est peut-être aussi pour cela qu'il y a douleur ? »

La jeune femme, qui développe systématiquement une mycose ou un herpès à l'arrivée de son compagnon avant le week-end, a souvent une angoisse du rapport obligatoire à cette période. L'anticipation est extrême et amène la mise en place d'un état de stress bousculant tant les paramètres physiologiques, biologiques, hormonaux que psychologiques.

Tout ceci, malgré des sentiments profonds, rend les rapports sexuels impossibles, d'où l'apprentissage nécessaire à une reconstruction positive et globale du couple.

La triple colonne de Beck est un bon outil de prise de conscience et de restructuration cognitive :

Avant l'arrivée de Paul :

Idées irrationnelles	Émotions	Idées rationnelles
Ca y est, il est là ce week-end. Je l'aime mais je stresse beaucoup.	J'en tremble. J'ai mal rien que d'y penser.	Stop – Inspire/expire sur une idée calme. Je peux peut-être lui expliquer ma peur, il peut comprendre. Je peux me préparer sexuellement (Kegel). Nous sommes allés voir le médecin ensemble.

C'est d'ailleurs à la suite de plusieurs répétitions très efficaces de l'exercice de la triple colonne de Beck que la partenaire a pu mieux approcher la thérapie sexuelle :

Questionnement après la relation amoureuse

• « Ai-je eu vraiment mal ? »

Non	0	-------------------------x-----	7	Oui

• « Avais-je très peur de la relation ? »

Non	0	----x----------------------------	7	Oui

• « Est-ce la peine de s'inquiéter toujours ? »

Non	0	----------------------------x---	7	Oui

• « Je me pose aussi la question du risque d'une mycose après le rapport sexuel. »

Non	0	--------------------------x----	7	Oui

Neuvième entretien

Je lui propose une *désensibilisation systématique*.

Items cotés de 0 à 100 :

1. 0 « Je imagine que je me mette une crème sans douleur. »
2. 30 « J'imagine que je puisse faire une petite randonnée en pantalon, sans douleur. »
3. 40 « J'imagine le plaisir d'aller à la piscine, je mets mon gel hydratant et je n'ai pas attrapé de mycose. »
4. 50–80 « J'imagine un prélèvement gynécologique sans stress. »

5. 90-100 « J'imagine le week-end, heureuse, me préparant à la relation amoureuse en anticipant positivement le plaisir d'être tous les deux. »

Au terme de la prise en charge

Le partenaire, qui a bien suivi et participé à la prise en charge, a, malgré tout, de la difficulté à imaginer tout de suite une vie de couple et veut garder son autonomie. Il est clair que le couple peut trouver une harmonie et la maintenir, sans projet particulier, mais il se trouve que la jeune femme préférerait une autre définition du couple, précisant « J'aimerais bien fonder une famille »... On peut se demander si la douleur, même éradiquée maintenant, ne risque pas de réapparaître si celle-ci représente le signe d'appel d'une autre quête insatisfaite. Il restera à travailler les idées irrationnelles, les motivations aux changements, les questionnements sur le partenaire, sur son non-engagement ? Que peut-elle, ou que peut-il, modifier dans son comportement ? Ou faudra-t-il, lorsque l'usure se fera sentir, oser se quitter pour que l'un et l'autre puissent mieux rebondir ? La souffrance non consentie dans une relation n'est pas une solution.

Conclusion

La prise en charge multimodale de la dyspareunie, sans entrer dans une « psychologisation » à outrance et sans se focaliser sur un interventionnisme médico-chirurgical excessif, demande de la part des thérapeutes une ouverture bienveillante à une lecture spécifique de cette plainte. La dyspareunie, comme de tout syndrome douloureux en général, demande un regard bio-psycho-somatique obligatoire. Nous ne pouvons pas faire abstraction d'une analyse fonctionnelle reprenant les étapes historiques et récentes de l'apparition et du maintien de la dyspareunie. Il est également essentiel de comprendre la place de la plainte dans la demande globale du patient et du couple ainsi que d'intégrer le symptôme dans l'histoire du patient, dans sa personnalité et dans sa manière d'être au monde. Au final, le traitement stratégique donnera au patient les outils nécessaires pour passer du symptôme subi à un symptôme sur lequel il pourra agir de manière active, seul moyen d'aller au-delà de la douleur.

Références

Fontaine, O., & Ylieff, M. (1986). Les thérapies comportementales, approche théorique, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 87820.

Giami, A. (2009). Colloque Campus Cancer. Cancer et sexualité. Villejuif, Paris, 2009.

Jarrousse, N. (2010-2011). Étude en cours sur dyspareunies et MSF. UGOMPS, CHU Nantes.
Lemieux, A.J., & Bergeron, S. (2010). Dyspareunies et satisfaction sexuelle. Montréal, Université du Québec, Congrès salle Régence, mars 2010.
Lemieux, A.J., & Bergeron, S. (2010). Influence du partenaire amoureux face à la dyspareunie chez la femme. Montréal, 32e Congrès annuel SQRP, 2010.
Mini DSM-IV-R. (2010). Paris : Masson.

Chapitre 12
Trouble de l'érection

François de Carufel, Évelyne Bonhomme

L'avènement en 1998 des médicaments qui assistent la physiologie de l'érection a considérablement modifié la compréhension et la prise en charge des troubles érectiles. Autrefois dévolue aux sexologues et aux urologues, la tâche d'évaluer et de traiter cette dysfonction est effectuée la plupart du temps aujourd'hui par les médecins généralistes. Bien souvent, une anamnèse médicale, l'écoute du récit de la plainte sexuelle et un examen physique suffisent pour poser le diagnostic. Il n'en faut pas plus alors pour procéder à l'essai d'un médicament inhibiteur de la PDE5[1], que la dysfonction érectile soit d'origine organique ou psychogène. Ce n'est que lorsque ce traitement ne fonctionne pas que le patient est référé pour des bilans médicaux, sexologiques, psychologiques et relationnels plus poussés. Cette approche est efficace pour une proportion élevée de troubles organiques et un petit nombre de cas psychogènes qui bénéficient de l'effet placebo. Toutefois, elle est insuffisante lorsque des facteurs psycho-relationnels se greffent au problème organique et, en général, inefficiente quand les difficultés sont attribuables uniquement à des causes psychologiques ou conjugales. De plus, le taux élevé de la cessation de la prise de ce type de médicament demande que le trouble de l'érection soit abordé de manière globale. Ce chapitre présentera donc la façon dont la thérapie cognitivo-comportementale approche la dysfonction érectile et comment cette approche s'intègre dans le cadre plus vaste d'une prise en charge multimodale.

1. Inhibiteur sélectif et réversible de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE5). Les médicaments actuellement disponibles sur le marché sont le sildénafil (Viagra®), le vardénafil (Levitra®) et le tadalafil (Cialis®).

Définition

Le trouble de l'érection est défini dans le manuel de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV-TR, 2000) comme étant l'incapacité persistante ou répétée d'atteindre ou de maintenir une érection suffisante jusqu'à la complétion de l'acte sexuel. Cette perturbation entraîne une détresse émotionnelle importante ou des difficultés interpersonnelles marquées. Elle n'est pas attribuable à un autre trouble de l'axe 1, à la prise d'une substance ou à une affection médicale générale.

Épidémiologie

Le trouble de l'érection touche une proportion importante de la population masculine. Kinsey et al. (1948) ont remarqué que cette dysfonction affectait près de 1 % des hommes de moins de 19 ans, 25 % des hommes de 65 ans, 55 % des hommes de 75 ans et 77 % des hommes de plus de 80 ans. Des observations similaires ont été réalisées lors d'études plus récentes. Lewis et al. (2004) ont noté une prévalence du trouble érectile de 1 à 9 % chez les hommes âgés de moins de 40 ans et de 75 % chez les hommes âgés de plus de 70 ans. Après avoir procédé à l'analyse de différentes recherches, Rosen (2005) a constaté que le trouble érectile apparaissait vers la quarantaine et la cinquantaine, et augmentait en fréquence et en sévérité après la soixantaine. Finalement, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le vieillissement entraîne un déclin de la fonction sexuelle chez l'homme en santé ; les érections apparaissent plus lentement et sont moins rigides, l'éjaculation est moins vigoureuse, le volume éjaculatoire diminue, la période réfractaire s'allonge, la sensibilité tactile du pénis s'émousse et les érections nocturnes voient leur fréquence et leur durée décroître.

Symptomatologie

Les troubles érectiles peuvent être primaires ou secondaires. Ils sont primaires (de tout temps) quand il en est ainsi depuis le début de la vie sexuelle relationnelle. On les qualifie de secondaires (acquis) lorsqu'ils surviennent après une période de fonctionnement sexuel adéquat. Ils peuvent être aussi chroniques ou intermittents, généralisés (dans la plupart des rapports sexuels et avec la majorité des partenaires) ou situationnels (c'est-à-dire seulement dans certains contextes, durant certaines activités et avec certaines partenaires).

Les difficultés érectiles se manifestent de différentes manières selon qu'elles sont d'origine organique ou psychogène. Quand la physiologie de l'érection est affectée par une pathologie, un traumatisme, la prise d'une substance ou une intervention chirurgicale, le potentiel érectile

se trouve en général réduit en intensité et en durée, peu importe les circonstances (érections nocturnes et matinales, masturbation, relations sexuelles). Lorsque la cause est psychogène, la capacité à atteindre l'érection est très dépendante de l'état d'esprit dans lequel se trouve l'homme. S'il est déprimé, il peut ne pas avoir d'érection en toutes circonstances. S'il est habité par la peur de l'échec, son érection apparaît lorsqu'il ne s'en soucie pas et tarde à se déployer ou s'évanouit dès l'instant où il craint qu'une défaillance se produise, que cela soit durant les préliminaires, quand il se dévêt, au moment de l'intromission du pénis dans le vagin ou en cours de pénétration.

Difficultés émotionnelles et relationnelles associées au trouble de l'érection

À travers les âges et dans la majorité des cultures, la performance sexuelle masculine – et plus particulièrement la capacité érectile – a été l'objet de préoccupations de la part des deux sexes. De nos jours, les normes sexuelles véhiculées par les sociétés occidentales augmentent ce stress en instillant une véritable dictature de la performance dans laquelle l'obtention d'une érection ferme apparaît essentielle à l'épanouissement sexuel des individus. Dans ce contexte, il n'est pas rare que la dysfonction érectile soit vécue par l'homme comme une remise en cause de sa masculinité. Il en découle fréquemment une frustration, une impression d'échec, de la honte, de la culpabilité, une dévalorisation de soi et des états dépressifs.

Quant à la partenaire, s'il n'est pas rare qu'au début elle se montre compréhensive, rassurante et coopérative, il n'en est pas moins fréquent qu'elle éprouve à la longue de la frustration et manifeste son mécontentement. Elle peut également se montrer critique, voire agressive dès la genèse des troubles. Une étude australienne révèle que 22 % des femmes affichent une attitude négative lorsque leur conjoint éprouve des difficultés érectiles (Lording et al., 2000). De même, une recherche menée en France indique que 24 % des femmes se mettent en colère et interrompent la relation sexuelle lors de circonstances semblables (Colson, 2005). Plusieurs femmes interprètent la réponse sexuelle de l'homme comme une indication qu'elles sont peu désirables, qu'elles manquent d'expérience, que leur partenaire n'est plus intéressé par elle ou qu'il est impliqué dans une relation extraconjugale, ce qui ajoute à leur désarroi. Ces réactions de la femme contribuent souvent à aggraver les difficultés de l'homme. Il peut craindre de décevoir sa partenaire et de la perdre, ce qui interfère avec les processus psycho-physiologiques assurant l'apparition de l'érection et amplifie encore ses difficultés. De plus, avec le temps, la femme peut éviter de toucher son partenaire ou de prendre

des initiatives de crainte de vivre de nouvelles frustrations, privant ainsi ce dernier d'une stimulation essentielle à sa fonction érectile.

Sur le plan conjugal, la qualité de la relation peut se détériorer. On assiste régulièrement à une diminution des activités sexuelles, à un effritement de la communication et à un éloignement affectif. La femme peut s'engager dans une relation extraconjugale pour confirmer sa féminité ou pour obtenir une satisfaction sexuelle. Le trouble érectile est souvent invoqué comme motif de séparation et de divorce par la femme (Lording et al., 2000). À l'opposé, certaines partenaires se montrent positives et rassurantes face aux difficultés sexuelles de leur conjoint. Elles considèrent l'érection comme facultative à leur satisfaction et acceptent d'autres formes de gratification sexuelle. Enfin, pour plusieurs femmes, l'interruption des activités sexuelles engendrée par le trouble érectile est accueillie comme une délivrance du fait de leur absence de désir sexuel, de leur dégoût envers la sexualité ou de douleurs éprouvées lors la pénétration.

Quant aux hommes célibataires, ils peuvent hésiter à s'engager dans des relations amoureuses qui pourraient impliquer des pratiques sexuelles par crainte de ne pas être à la hauteur. En diminuant l'anxiété liée à la sexualité, cette conduite d'évitement peut devenir chronique et accentuer leur isolement social.

Étiologie

Causes organiques

Le trouble érectile, en tant que réaction organique, n'est pas une pathologie spécifique en soi, mais plutôt le symptôme de diverses anomalies, maladies, traumatismes et substances qui ont entre autres effets celui d'affecter le mécanisme de l'érection (Lewis et al., 2008). Il existe sept grands types de facteurs organiques associés à la dysfonction érectile, à savoir : (*i*) les maladies, malformations et traumatismes de l'appareil génito-urinaire, (*ii*) les désordres neurologiques, (*iii*) les pathologies vasculaires, (*iv*) les troubles endocriniens, (*v*) les maladies systémiques, (*vi*) les médicaments et drogues, (*vii*) les habitudes de vie néfastes. Ces facteurs n'entraînent pas obligatoirement une dysérection, mais leur présence est reliée à une prévalence plus élevée de celle-ci. Le lecteur est invité à consulter des ouvrages spécialisés pour plus d'informations.

Causes psychologiques

La dysfonction érectile peut être induite ou maintenue par de nombreux déterminants psychologiques. Parmi ceux-ci, les croyances et les attentes envers la sexualité exercent une influence prépondérante. Un discours familial négatif, des préceptes religieux restrictifs, un manque

d'éducation sexuelle ainsi que des normes sociales axées sur la performance créent un terrain à partir duquel les individus élaborent à l'intérieur d'eux-mêmes des convictions défavorables à leur propre fonctionnement sexuel. « La sexualité est sale, honteuse, mauvaise, défendue, péché, cause de maladies, source de malheurs, réservée aux couples mariés, limitée à des fins de procréation, etc. » sont des croyances rencontrées chez beaucoup d'hommes peinant à obtenir une érection. Ces interdictions entrent en conflit avec la perception des stimuli sexuels et le laisser-aller nécessaire à l'obtention de l'érection. Il en est de même des attentes de performance : « C'est la responsabilité de l'homme de satisfaire la femme ; la taille et la rigidité de la verge sont des éléments nécessaires à la satisfaction de la partenaire féminine ; l'activité sexuelle préférée d'une femme est la pénétration ; un homme veut toujours et est toujours prêt à avoir des relations sexuelles. » (Rosen, 2005) L'adhésion à ces mythes sexuels contribue au développement d'attentes irréalistes chez l'homme. Dès lors, un épisode isolé de dysérection peut être suivi de ruminations dépréciatives et d'une anxiété de performance : « Que m'arrive-t-il, deviens-je impuissant ? Je ne suis pas un homme. Je ne peux pas satisfaire une femme. Comment va-t-elle réagir ? Va-t-elle encore en parler devant nos amis ? » La peur de l'échec qui s'ensuit amène beaucoup d'hommes à adopter un rôle de spectateur (Masters & Johnson, 1970). Plutôt que de s'engager sensuellement et émotionnellement dans la rencontre sexuelle et amoureuse, ils s'inquiètent et scrutent leur réponse érectile. Comme celle-ci ne peut être provoquée volontairement et ne survient que s'ils perçoivent et savourent les stimuli érotiques, cette observation minutieuse et cette attente anxieuse du résultat – au lieu de l'implication dans le processus qui y mène – sont contre-productives et entraînent paradoxalement l'échec tant redouté.

Les causes que nous venons de citer n'occasionnent pas nécessairement un trouble érectile chez tous les individus. Certains hommes présentent une plus grande fragilité émotionnelle que d'autres face aux conditions de leur environnement. Cette fragilité, bien qu'encore inexpliquée, les prédispose à réagir plus souvent et plus intensément que les autres aux situations adverses qu'ils rencontrent dans la vie.

Les expériences sexuelles passées qui ont été vécues difficilement peuvent se retrouver à la base de difficultés érectiles. Des enfants ont été surpris à se masturber et sévèrement punis pour cette action. Des adolescents ont été réprimandés au sujet de leurs émissions nocturnes. Certains ont été agressés ou impliqués dans des actes incestueux lors de leur enfance ou de leur adolescence. Plusieurs ont vécu leurs premières relations sexuelles dans des lieux et des circonstances défavorables. Un conditionnement négatif a pu être créé à partir de ces expériences. Les événements négatifs qui ont accompagné ou ceux qui ont suivi une activité sexuelle passée ont pu induire des associations qui, au moment

des activités sexuelles actuelles, engendrent de la peur, de la honte, de la culpabilité, du dégoût ou une crainte de répercussions adverses lorsque la personne entre en contact avec des stimuli sexuels. Cette anxiété et cette peur des conséquences sont contrées par l'individu au moyen de comportements d'évitement. Ce dernier évite les stimuli sexuels qui suscitent en lui des états et des émotions désagréables. Cependant, ces stimuli sont souvent les mêmes qui assurent l'apparition et le maintien de son érection. Par conséquent, en évitant les stimuli qui éveillent en lui des états et des émotions désagréables, il évite aussi les stimuli qui assureraient son érection. Le résultat immédiat de tels comportements est souvent le développement de difficultés érectiles.

On fait également mention dans la littérature scientifique de l'influence des problématiques suivantes sur la genèse des difficultés érectiles : les troubles de l'identité et de l'orientation sexuelle, les stress professionnels, la dépression, les attachements parentaux et relationnels non résolus, les craintes associées à des conditions organiques défavorables telles que les maladies et les interventions chirurgicales qui mettent en péril la vie d'une personne, affectent son intégrité physique ou affaiblissent son organisme. Concernant la dépression, le clinicien doit évaluer si celle-ci précède le trouble érectile ou lui succède. Mais dans les deux cas, elle peut influencer de manière négative la fonction érectile et doit être traitée. De plus, il est essentiel de se rappeler que certains antidépresseurs entraînent une baisse du désir sexuel de même que des difficultés érectiles.

Causes relationnelles

La majorité des relations sexuelles s'effectue dans le cadre d'une rencontre à deux, et un minimum d'entente entre les deux personnes impliquées est nécessaire afin que cette rencontre puisse suivre son cours. D'un point de vue fonctionnel, pour que les deux partenaires deviennent excités et qu'ils aient du plaisir, pour que l'homme obtienne une érection et que la femme ait une lubrification vaginale et, enfin, pour que l'interaction sexuelle progresse, il doit y avoir présence de stimuli sexuels. Ensuite, l'homme et la femme doivent porter attention à ces stimuli et les savourer. Toute action qui diminue la quantité de stimuli ou nuit à leur perception risque d'entraîner une diminution d'excitation et une perte d'érection. Si l'homme ne procure pas à sa partenaire la stimulation amoureuse et érotique qui convient à cette dernière, celle-ci risque d'être moins excitée et, à son tour, d'émettre moins de stimuli sexuels. La femme qui réagit de manière inadéquate lorsque l'homme ne réussit pas à obtenir une érection – en se fâchant, en pleurant ou en adoptant un rôle réconfortant, par exemple – cesse d'être érotique et ne dispense plus de signaux sexuels à partir desquels l'homme puisse nourrir son

excitation et assurer son érection. Il en est de même des tensions conjugales, de l'absence d'intimité, de l'insuffisance de communication et du manque de confiance envers l'autre. Dès que ces facteurs interfèrent avec la dynamique « émission-perception de stimuli sexuels », ils exercent un effet délétère sur la réponse érectile. D'un autre côté, il importe de se rappeler que si la dysérection peut être la conséquence de difficultés conjugales, elle peut également en être à l'origine.

Un point qui mérite d'être soulevé est le besoin grandissant de stimulation tactile génitale de l'homme âgé. En vieillissant, l'homme réagit moins aux stimuli fantasmatiques et visuels. Il en vient à devoir être stimulé directement – et parfois longtemps – sur le pénis, que cela soit manuellement ou oralement, pour obtenir une érection. La partenaire d'un homme plus vieux gagnera à connaître cette réalité et à ne pas attribuer nécessairement cette diminution de réactivité à un manque d'intérêt de la part du partenaire envers elle.

Trouble de l'érection et autres troubles sexuels

La relation entre les troubles érectiles et les autres dysfonctions sexuelles est complexe. La dysérection peut apparaître suite à un désordre sexuel déjà existant. Les plus courants sont l'éjaculation prématurée et la baisse de désir sexuel chez l'homme et le vaginisme, la dyspareunie, le manque de lubrification vaginale et l'absence de désir sexuel chez la femme. À l'inverse, les difficultés érectiles peuvent précéder une dysfonction sexuelle. Par exemple, une femme peut se désintéresser des activités sexuelles à cause des difficultés érectiles de son conjoint, du repli de ce dernier sur lui-même et de la distance relationnelle qui en résulte.

Pour être certain que la dysfonction sexuelle qui devance le trouble érectile est la cause de ce dernier, il faut évaluer si celle-ci interfère avec la dynamique « émission-perception des stimuli sexuels ». Un homme dont l'éjaculation survient rapidement après le début de la pénétration peut devenir tellement anxieux de perdre sa compagne, qui a manifesté à maintes reprises son insatisfaction, qu'il ne porte plus beaucoup attention aux stimuli sexuels. À ce moment-là, on peut affirmer que ses craintes reliées à son éjaculation prématurée contribuent à ses difficultés érectiles. Mais si sa partenaire ne réagit pas négativement et que lui ne s'en fait pas, son éjaculation survenant plus tôt que désirée n'est pas la cause de son trouble érectile. Concernant la baisse de désir sexuel antérieure au trouble érectile, elle peut induire celui-ci de différentes manières – organiques et psychogéniques – et mérite une investigation approfondie.

Une conception multimodale du trouble de l'érection

Il y a une quarantaine d'années, Masters et Johnson (1970) affirmaient que 90 % des dysfonctions érectiles étaient causées par des facteurs

psychologiques. De nos jours, on penche davantage vers une étiologie mixte. La mise en lumière des processus neurologiques, physiologiques et musculaires impliqués dans l'obtention de l'érection a permis de découvrir un ensemble de pathologies organiques à l'origine du trouble érectile. À leur tour, les effets de ces pathologies sur l'érection sont souvent décuplés par des facteurs psychologiques et relationnels. Par exemple, suite à une diminution progressive de sa capacité érectile induite par une hypercholestérolémie, l'homme peut commencer à craindre de ne pas avoir une érection suffisante pour pénétrer sa partenaire et la satisfaire. Celle-ci peut attribuer l'absence d'érection à un manque d'intérêt de l'homme envers elle. La relation conjugale s'en trouve alors souvent affectée. L'homme peut déprimer, ne plus s'intéresser à la sexualité, voir son état de santé se dégrader et assister à une détérioration des causes organiques déterminantes de sa dysérection. Il n'est donc pas rare de voir une synergie se développer entre ces différents facteurs et aggraver, ou tout au moins maintenir, la problématique sexuelle. Selon Ackerman et Carey (1995), les dysfonctions érectiles de nature uniquement organique ou psychologique constitueraient des exceptions. Nous suggérons donc une prise en charge globale du trouble érectile qui tient compte des aspects bio-psycho-relationnels du patient et de sa partenaire.

Évaluation clinique

Après avoir accueilli le patient et s'être présenté, le clinicien débute l'entrevue en récoltant les données de base et en établissant progressivement une alliance thérapeutique. Ensuite, il obtient les informations lui permettant de déterminer la nature (organique, psychogène, mixte), la fréquence et l'amplitude du trouble érectile. Cette investigation porte sur la rigidité, la durée et la fréquence des érections qui ont lieu pendant le sommeil, au réveil, lors de la masturbation, au cours des préliminaires et pendant la pénétration avec la ou les partenaires. Cette évaluation peut se faire au moyen de l'EHS (*Erection Hardness Score* ou score de rigidité de l'érection) (Mulhall et al., 2007). L'EHS classe les érections en quatre catégories : EHS 4 = le pénis est complètement gonflé et rigide ; EHS 3 = le pénis est suffisamment rigide pour la pénétration, mais pas complètement rigide ; EHS 2 = le pénis est rigide, mais pas suffisamment pour la pénétration ; EHS 1 = le pénis est gonflé, mais pas rigide. Si le patient a des érections complètes, rigides et durables la nuit, le matin ou lors de la masturbation, mais qu'il éprouve des difficultés durant les activités à deux, on peut conclure à l'existence d'un désordre induit par des facteurs psychologiques et/ou relationnels. Dès que les érections sont incomplètes, de courte durée (moins de 5 minutes[2]) et/ou de basse fréquence (une fois par

2. Ces chiffres sont arbitraires et proviennent de notre expérience clinique.

semaine ou moins[3]), et ce à divers moments (sommeil, réveil, éveil) et au cours de différentes activités (masturbation, relations sexuelles), on peut soupçonner la présence d'une pathologie organique ou l'effet du vieillissement (45-50 ans et plus[4]). Si la cause est organique, il y a probablement des difficultés émotionnelles et, dans tous les cas, des changements se sont produits dans les interactions sexuelles et dans la relation de couple. Après avoir évalué la nature, la fréquence et l'amplitude du trouble érectile, le clinicien procède aux évaluations psychologiques et relationnelles, si l'origine est psychologique et/ou relationnelle, ou aux évaluations médicales, psychologiques et relationnelles, si la cause est organique[5].

La dernière partie de l'entrevue sert à évaluer le fonctionnement sexuel (personnel et relationnel) de l'homme et de la femme. Elle couvre l'ensemble des facteurs physiologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux impliqués dans ce fonctionnement. Au cours de cette évaluation, le thérapeute investigue l'histoire de la vie sexuelle des patients en mettant l'accent sur la problématique du trouble érectile. Il analyse les interactions sexuelles du couple et leur façon de communiquer. Finalement, il explore les réactions de chaque conjoint face à leur vie sexuelle, sonde leur satisfaction et cerne leur motivation à changer. Lorsqu'il le juge nécessaire, il examine plus en profondeur les fonctionnements psychologiques et relationnels généraux afin de savoir si ceux-ci exercent une influence sur le fonctionnement sexuel de chaque conjoint.

L'évaluation est faite dans tous les cas, que l'homme consulte seul ou avec sa conjointe, qu'il soit en couple ou célibataire. Quelque soient les causes, des questionnaires d'évaluations peuvent être utilisés (voir à la fin de cet ouvrage).

Évaluation des causes organiques

La dysfonction érectile étant étroitement corrélée à une variété de facteurs organiques, l'anamnèse médicale s'avère de première importance. À celle-ci s'adjoignent un examen physique classique et une exploration approfondie de l'abdomen, des caractères sexuels secondaires et de l'appareil génital externe. Il est également recommandé de procéder à une biologie standard pour identifier les facteurs de risque et déterminer l'origine du trouble érectile. Finalement, les cas les plus complexes requièrent une évaluation spécialisée des différents paramètres de l'érection.

Évaluation des causes psychologiques

Le clinicien doit s'assurer, au moyen de l'analyse fonctionnelle, que les déterminants des réponses sexuelles physiologique (l'excitation) et

3. *Idem.*
4. *Idem.*
5. Voir pour les lecteurs intéressés le *Manuel de sexologie* (Lopès, Poudat).

émotionnelle (le plaisir) sont en place lors des activités sexuelles du couple. Ces réponses sont involontaires et dépendent de la présence de stimuli sexuels et de l'attention que portent l'homme et la femme à ces stimuli.

Les stimuli proviennent du contexte, du partenaire et de l'individu lui-même. Les hommes sont moins sensibles aux stimuli en provenance du contexte que les femmes. En général, dans notre culture occidentale influencée par les notions de romantisme et d'amour, les femmes vont apprécier un contexte permettant de s'extraire du quotidien, de se rapprocher de leur partenaire, de recevoir de l'affection et de s'adonner à la sensualité. L'homme qui souhaite obtenir une érection doit tenir compte des caractéristiques de l'érotisme de sa partenaire. En effet, lorsque celle-ci reçoit une stimulation qui lui convient, il est probable qu'elle deviendra excitée et qu'elle aura du plaisir. Ces réactions, en retour, constitueront des stimuli qui alimenteront l'excitation et le plaisir de l'homme et assureront l'apparition de son érection. Le clinicien doit donc amener l'homme et la femme à définir leurs préférences au niveau du contexte (lieu, ambiance) et à voir si celles-ci s'actualisent dans la réalité en leur posant tout simplement des questions à cet effet. Quelles sont les préférences de chacun ? Sont-elles compatibles ? Sont-elles réalisables ? Sont-elles suffisamment variées pour soutenir l'intérêt ?

Concernant les stimuli dispensés par la partenaire, le clinicien va évaluer les aspects suivants : la femme est-elle passive et croit-elle que la sexualité est la responsabilité de l'homme ? Émet-elle des stimuli sexuels ? Si oui, de quelle nature sont-ils ? Sont-ils présents en quantité suffisante ? Sont-ils présents de manière continue ? Effectue-t-elle des manœuvres de sabotage pour contrôler et dominer son conjoint ? Lui retire-t-elle ses faveurs pour se venger (d'une extraconjugalité par exemple) ? Est-elle exigeante sexuellement en vue de se réassurer sur sa propre féminité ou sur le fait qu'elle soit désirable ? Interprète-t-elle les contre-performances de l'homme comme un signe de rejet de celui-ci envers elle et devient-elle agressive à cause de cela ? Se sent-elle lésée au niveau de ses besoins sexuels par ces contre-performances ? A-t-elle du désir sexuel ? Est-elle devenue dépressive et non intéressée par la sexualité ? Le thérapeute va aussi vérifier les processus cognitifs et les cognitions de l'homme : celui-ci est-il capable de voir sa partenaire comme un être doté d'une vie génitale ou la perçoit-il seulement sur un plan sentimental ? Est-ce que pour lui respecter une femme signifie ne pas s'intéresser à sa génitalité ? Éprouve-t-il de l'attrait envers sa partenaire ? Codifie-t-il comme érotiques les stimuli qu'elle émet ? Les perçoit-il ? Est-il à l'aise avec sa nudité et celle de sa conjointe ? A-t-il des préférences sexuelles ? Les exprime-t-il à sa partenaire ? A-t-il besoin de stimulations non conventionnelles pour devenir excité et parvenir à l'érection ? La femme accepte-t-elle de se plier à ces

demandes non usuelles ? Est-ce que l'attention de l'homme est orientée vers des préoccupations de la vie quotidienne plutôt que sur les stimuli sexuels ? Entretient-il des pensées défaitistes et anxiogènes au sujet de sa performance sexuelle et des réactions éventuelles de sa conjointe ? Est-ce qu'il trouve que sa partenaire a trop de désir, est trop excitée ou est trop hardie sexuellement pour lui ? Est-il davantage centré sur le fait de donner du plaisir à sa partenaire et oublie-t-il ou s'interdit-il d'en prendre pour lui-même ? Entretient-il des critères élevés de virilité et de performance sexuelle ? Y a-t-il eu extraconjugalité de la part de sa conjointe et en souffre-t-il (atteinte à sa virilité, baisse d'estime de soi, perte de confiance envers sa partenaire, doute quant au futur de la relation) ?

Finalement, les stimuli en provenance de l'homme lui-même sont importants à investiguer. A-t-il des fantasmes sexuels ? Se donne-t-il le droit de les visualiser lors des relations sexuelles ? Ressent-il des élans et des envies ? En suit-il le cours ou les réprime-t-il ? Est-ce que son corps est disponible au plaisir et à l'excitation ou est-il crispé ? Affirme-t-il sa sexualité et sa masculinité ? S'accorde-t-il la possibilité d'être intense sexuellement ?

Les autres éléments psychologiques à évaluer sont les suivants : l'homme érotise-t-il l'autre sexe ? Est-il d'orientation homosexuelle ? Éprouve-t-il du désir sexuel en général ? En éprouve-t-il envers sa partenaire en particulier ? Souffre-t-il d'éjaculation prématurée ou retardée ? A-t-il des phobies, des aversions ou des dégoûts liés à l'apparence, aux odeurs et aux sécrétions des organes génitaux ? Entretient-il des pensées négatives envers l'apparence de son corps ou de celui de sa compagne ? Est-il satisfait de la forme et de la taille de ses organes génitaux ? A-t-il peur de blesser sa compagne ou de provoquer une grossesse non désirée ? Quelles étaient les attitudes prônées envers la sexualité dans les différents milieux où il a évolué (famille, environnement religieux, écoles, pairs) ? Quelle vision a-t-il adopté de la sexualité (c'est bien, mauvais, agréable, dégoûtant, malpropre, péché, défendu) ? Adhère-t-il à des standards moraux et religieux incompatibles avec la psychologie et la physiologie du fonctionnement sexuel humain ? A-t-il vécu des expériences associées à la sexualité qu'il a considérées difficiles durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte (réprimande, punition, agression, inceste, humiliation, rejet, ridiculisation) ? Comment vit-il sa masculinité ? Son père offrait-il un modèle identificatoire convenable sur le plan de la masculinité et du rapport avec les femmes ? Sa mère manifestait-elle de la hargne et du mépris envers les hommes ? Ses parents étaient-ils perfectionnistes et exigeants ? A-t-il développé une confiance en lui et en sa masculinité ? Ses parents étaient-ils démonstratifs (affection, touchers, compliments) ? Souffre-t-il d'un désordre de la personnalité (paranoïde, schizoïde, schizotypique, évitante,

dépendante, obsessive-compulsive, passive-agressive) qui altère les interactions avec sa partenaire et le déroulement des activités sexuelles ? Vit-il un stress important au travail ? Est-il atteint d'une maladie importante qu'il craint d'aggraver durant l'exercice de sa sexualité ? Éprouve-t-il des douleurs physiques difficilement supportables lors des activités sexuelles ?

Évaluation des causes relationnelles

Les problèmes conjugaux de la vie de tous les jours peuvent occasionner l'apparition ou aggraver la présence d'une dysfonction érectile chez l'homme. Si l'homme est rejeté par sa partenaire pour une quelconque raison, si le mariage est sapé par des conflits de pouvoir, si les époux projettent leurs attentes et leurs craintes infantiles sur la relation actuelle, s'il existe un manque de confiance entre les partenaires, si ceux-ci vivent de profondes déceptions face aux attentes qu'ils ont fondées envers le mariage, il est fort probable que des émotions de haine, de colère, d'anxiété et d'agressivité se développent entre eux et interfèrent avec les processus psycho-physiologiques de l'érection. Une conjointe hostile peut saboter le cours des relations sexuelles en exerçant une pression sur son mari, en se présentant de façon répulsive au lit ou en n'offrant pas à celui-ci les stimulations qui assureraient son érection. Un mari en colère envers son épouse peut se sentir trop irrité pour se laisser érotiser par elle. Il est possible également qu'un individu puisse exprimer de façon passive son agressivité envers sa compagne en n'ayant pas l'érection qui procurerait à celle-ci un plaisir sexuel. Les situations suivantes doivent faire l'objet d'une investigation particulière : domination de l'homme par la femme, atteinte à la masculinité (perte d'emploi, maladie, chirurgie), diminution de l'intimité (grossesse, naissance d'un enfant, logement inadéquat, présence des parents ou beaux-parents, études, nouvel emploi), baisse de confiance (extraconjugalité, cybersexe), baisse d'attirance (modification de l'image corporelle, usure érotique, alcoolisme), conflits (querelles, ressentiment, violence conjugale), difficultés de communication (attribution, incompréhension, isolement). Dans tous les cas, les conditions nécessaires au développement de l'excitation sexuelle sont de piètre qualité ou tout simplement inexistantes, et les répercussions qui s'ensuivent se font ressentir au niveau de la capacité érectile de l'homme. Le clinicien vérifiera donc ces aspects en posant des questions aux deux conjoints qu'il verra ensemble et séparément. Il observera également leur langage non verbal et leurs interactions dans le bureau. De plus, il dispose d'un ensemble de questionnaires d'évaluation des troubles conjugaux dont il est fait mention en annexe de ce volume, et qu'il peut appliquer au besoin.

Traitements

Du fait de l'efficacité des IPDE5 et du battage publicitaire qui en a été fait, la majorité des hommes consultent tout d'abord leur médecin lorsqu'ils souffrent d'un trouble érectile. La tendance actuelle consiste dans la plupart des cas à prescrire en premier un IPDE5 lorsque la santé du patient le permet. Si la cause est organique et que l'IPDE5 fonctionne, alors l'exploration sexologique cesse, et continuent ou s'engagent les évaluations et les traitements médicaux de la pathologie causale. Quand la cause est organique et que l'IPDE5 ne fonctionne pas, une investigation sexo-médicale et urologique plus sophistiquée s'impose. Si la cause est psychologique ou relationnelle et que l'IPDE5 fonctionne, certains médecins cessent toute intervention tandis que d'autres réfèrent quand même à un sexologue. Lorsque la cause est psychologique ou relationnelle et que l'IPDE5 ne fonctionne pas, un nombre de plus en plus grand de médecins dirigent leurs patients vers un sexologue.

Traitements des causes organiques

Comme nous venons de le mentionner, l'utilisation des IPDE5 s'avère de nos jours le traitement privilégié du trouble de l'érection. Pour que ces médicaments fonctionnent, il doit y avoir une stimulation sexuelle, qu'elle soit visuelle, tactile, fantasmatique ou autre, et l'homme doit s'attarder à la percevoir et à la savourer. Étant donné le nombre élevé d'hommes qui après un certain temps cessent toute prise d'IPDE5, l'administration de ce type de médicament devrait s'accompagner, pour engendrer des résultats optimaux, d'informations sur les aspects sexologiques, psychologiques et relationnels qui assurent l'apparition de l'érection. La partenaire devrait également être impliquée dans la démarche et renseignée sur les causes du trouble érectile afin de faciliter le traitement et d'éviter tout malentendu, sabotage ou résistance de sa part.

Le second traitement non invasif du trouble érectile est la pompe à vide ou vacuum. Toutefois, bien qu'on rapporte un taux d'efficacité de 60 à 80 %, de nombreux couples qualifient cette méthode de peu naturelle et préfèrent avoir recours à un IPDE5 (Lewis, 2005). Lorsque les IPDE5 ou la pompe à vide n'apportent pas les résultats escomptés, on peut avoir recours aux injections dans les corps caverneux du pénis de substances telles que la papavérine, la phentolamine ou la prostaglandine E1. Il est possible aussi d'employer des suppositoires de prostaglandine E1 que l'on introduit dans l'urètre et qui agissent par diffusion. Dans certains cas rares, la chirurgie vasculaire constitue une option. Finalement, en dernier ressort, il peut être proposé au patient d'avoir recours à une prothèse pénienne. Il existe deux modèles – gonflable et semi-rigide – dont la pause est permanente.

Traitements cognitivo-comportementaux

Les traitements cognitivo-comportementaux du trouble de l'érection sont nombreux et couvrent différents aspects du fonctionnement sexuel du couple. Les plus utilisés sont l'apport d'information, la restructuration cognitive, le reconditionnement, la modification comportementale et l'apprentissage de la communication.

Éducation sexuelle

Le premier volet de l'intervention cognitivo-comportementale dans le traitement du trouble de l'érection est souvent d'apporter tout simplement aux patients de l'information sur le fonctionnement sexuel humain. Cette information porte sur l'anatomie des organes génitaux, la psycho-physiologie de la réponse sexuelle de l'homme et de la femme, les causes du trouble érectile, le contexte dans lequel se déroule la rencontre amoureuse et sexuelle, les besoins affectifs, sentimentaux et sexuels de la femme et de l'homme, les types de stimulation, les scénarios sexuels, l'utilité des fantasmes sexuels et la nécessité d'une stimulation génitale plus grande pour l'homme âgé.

Restructuration cognitive et modification des schémas de croyance

La restructuration cognitive permet de modifier les croyances dysfonctionnelles des individus en s'attaquant au lien qu'ils établissent entre une pratique sexuelle et une caractéristique personnelle, un état émotionnel ou une conséquence relationnelle. Lorsqu'un patient, par exemple, croit qu'« un vrai homme doit avoir une érection ferme en tout temps et en toutes circonstances », nous l'amenons à dissocier son comportement sexuel de sa valeur en tant qu'être humain. Pour accomplir cet objectif, nous l'aidons à réaliser qu'il a droit de s'accepter pleinement, indépendamment de ses réussites ou de ses échecs sexuels. En outre, pour le réassurer, nous lui expliquons que cette croyance est irréaliste et que la psycho-physiologie de l'érection est influencée par tellement de facteurs biologiques, psychologiques et relationnels qu'il est impossible d'être en érection dans toutes les situations et même d'être en érection complète de manière continuelle au cours d'une même activité sexuelle. Finalement, nous vérifions s'il croit que toutes les femmes adhèrent à ce standard perfectionniste. Si oui, nous corrigeons alors cette croyance et nous lui parlons des caractéristiques de l'érotisme féminin qui sont, en général, bien différentes de celles de l'homme. En revanche, si effectivement sa partenaire est exigeante et menace de le quitter parce qu'il n'obtient pas des érections suffisamment fermes, nous l'aidons à envisager l'éventualité d'un rejet. Nous lui demandons dans un premier temps d'imaginer les pires conséquences possibles. Nous l'aidons ensuite à

faire face à ces conséquences en utilisant la désensibilisation systématique, en l'amenant à ne pas transformer en drame ni en catastrophe les situations difficiles de la vie et en lui faisant prendre conscience de ses capacités personnelles à gérer les situations de perte et de deuil relationnels. La restructuration cognitive permet également de s'attaquer aux pensées à la base des émotions de culpabilité, de honte et de dégoût, aux exigences de performance, aux attentes irréalistes et aux préceptes moraux dysfonctionnels acquis au fil des ans.

Reconditionnement

Le reconditionnement sert à mettre fin aux associations entre différents aspects de la sexualité et diverses émotions (anxiété de performance, dégoût, culpabilité, peur du rejet), cognitions (anticipations négatives, distraction perceptuelle, dramatisation) et actions (comportements d'évitement). La technique utilisée est la désensibilisation systématique. Après avoir appris une méthode de relaxation, le patient construit une hiérarchie de huit situations progressives génératrices d'anxiété dont l'intensité est graduée de 1 à 10. Par exemple, un de nos patients a élaboré la hiérarchie suivante :

1. regarder la télévision avec sa partenaire après le repas du soir (anxiété 0) ;
2. partenaire qui suggère d'aller se coucher (anxiété 1) ;
3. partenaire qui demande si elle peut prendre sa douche avec lui (anxiété 2) ;
4. prendre sa douche avec sa partenaire (anxiété 3) ;
5. entrer dans le lit et voir sa partenaire dévêtue ce soir-là (anxiété 4) ;
6. préliminaires (anxiété 5) ;
7. partenaire qui prend son pénis en semi-érection (anxiété 8) ;
8. partenaire qui exprime le désir d'être pénétrée (anxiété 9).

Ensuite, le patient imagine la première situation tout en se relaxant. Lorsqu'il réussit à s'imaginer la première situation en étant détendu, il passe à la seconde et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Finalement, il applique la même progression dans la réalité (désensibilisation *in vivo*). La désensibilisation peut être utilisée en conjonction avec la restructuration cognitive pour aider le patient à se défaire des conditionnements du passé. Il faut savoir toutefois que ne plus éprouver d'anxiété, d'aversion ou de culpabilité et être détendu ne procurent pas une érection en soi. Il est très important que l'homme perçoive des stimuli sexuels et les savoure pour que l'érection se produise. C'est pourquoi la procédure de modification du comportement décrite au paragraphe suivant a été développée.

Modification des comportements

La modification des comportements est employée pour mettre fin aux évitements du passé et apprendre de nouvelles façons d'agir sexuellement.

Les pionniers dans ce domaine furent Masters et Johnson (1970). Ceux-ci développèrent des exercices de sensibilisation corporelle, qu'ils appelèrent *sensate focus*, afin d'amener l'homme et la femme à se centrer sur les sensations qu'ils considèrent agréables plutôt qu'à se pencher anxieusement sur leur réponse physiologique (érection dans le cas du trouble érectile). La première partie du *sensate focus* est standard pour toutes les dysfonctions et comprend des caresses sur l'ensemble du corps à l'exception des seins, des fesses et des organes génitaux. Par la suite, les caresses sont étendues à ces régions. Dans le traitement du trouble érectile, la stimulation pénienne ne vise aucunement à provoquer l'érection, mais à procurer des sensations auxquelles l'homme porte attention et desquelles il retire du plaisir. Il peut aussi guider la main de sa compagne pour lui indiquer les régions les plus sensibles et les stimulations les plus agréables. Masters et Johnson (1970) recommandent au couple de faire apparaître puis disparaître volontairement l'érection à plusieurs reprises par le biais de « manœuvres d'agacement » et d'interruption de la stimulation. Cette procédure a pour but de banaliser et de dédramatiser les variations d'érection et concourt au développement d'un sentiment de sécurité dans l'obtention et le maintien de l'érection. Masters et Johnson (1970) interdisent également au couple de procéder à la pénétration durant les premières semaines de traitement. Nous croyons que cette requête est des plus valables car elle enlève le stress de réussir un acte dont une partie de la réalisation dépend d'une réaction physiologique involontaire (érection). Ceci est proche de la technique de « prescription de symptôme ».

Plus tard, quand l'homme est parvenu plusieurs fois à l'érection, la pénétration vaginale est autorisée. Le but proposé est toujours d'obtenir des sensations agréables et non de réussir un acte. La procédure suivie est progressive et se déroule sous l'initiative de la partenaire. Celle-ci adopte la position cavalière et, tout en continuant de stimuler manuellement le pénis, introduit celui-ci à l'intérieur du vagin. Elle effectue un mouvement lent de va-et-vient en conservant un angle de pénétration similaire à celui du pénis en érection. Par la suite, si l'érection se maintient, elle cesse de bouger et l'homme commence à effectuer des mouvements lents de pénétration en se focalisant sur les sensations sexuelles. Finalement, les deux conjoints sont encouragés à synchroniser leurs mouvements en vue de retirer du plaisir sans s'imposer d'accomplir une performance.

Selon LoPiccolo (1992), la réceptivité de la partenaire aux stimulations sexuelles non coïtales représente un facteur décisif dans le traitement de la dysfonction érectile. Le fait que l'homme sache que sa partenaire retire du plaisir et est sexuellement satisfaite par des caresses manuelles ou buccales, indépendamment du fait qu'il ait ou non une érection, diminue sensiblement son anxiété de performance et facilite la venue de son érection.

Communication

Plusieurs couples aux prises avec un trouble érectile affichent un répertoire d'échanges sexuels et affectifs restreint, rigide et répétitif qui s'avère en fin de compte peu excitant et peu satisfaisant pour les deux partenaires. Nous encourageons ces couples à enrichir leurs interactions en modifiant leurs scripts de comportement. Pour ce faire, nous leur suggérons d'élaborer une liste des activités, des lieux, des positions, des ambiances, des parties du corps, des touchers et des fantasmes qui leur semblent agréables et qu'ils aimeraient explorer ensemble. Par la suite, nous les amenons à partager leurs préférences et à mettre en pratique celles qui conviennent à tous les deux.

Quant aux hommes célibataires souffrant d'un trouble érectile, plusieurs types d'intervention ont été élaborés pour les aider à retrouver un fonctionnement adéquat. Ces interventions incluent la restructuration cognitive des croyances et des attitudes, l'entraînement à l'affirmation de soi, le développement d'habiletés sociales et les exercices de masturbation accompagnés de situations sexuelles imaginées.

Thérapie conjugale

Une grande partie des interactions sexuelles inadéquates est corrigée par les traitements cognitivo-comportementaux décrits à la section précédente. Les difficultés non sexuelles qui affectent le fonctionnement sexuel proprement dit sont abordées au moyen des thérapies cognitivo-comportementales de couple présentées dans le second volume de l'ouvrage, *Les difficultés conjugales*.

Une approche multimodale de la prise en charge du trouble de l'érection

La plupart des hommes qui souffrent d'un trouble érectile consultent en premier lieu leur médecin et ce dernier prescrit en général un IPDE5. Afin d'en maximiser les effets, cette approche pourrait être complétée par du coaching sexologique comprenant de l'information de base sur les mécanismes de l'érection, l'importance de l'intimité et des échanges affectifs, l'intérêt des scripts romantiques et sexuels variés, la nécessité d'une stimulation sexuelle mutuelle perçue et appréciée, l'utilité de la communication sur la sexualité et l'avantage d'un répertoire de comportements sexuels procurant l'orgasme à la femme autrement que par la pénétration vaginale. Ce coaching donné par le médecin peut se faire en partie au moyen de la bibliothérapie. Lorsque les problèmes psychologiques et relationnels dominent le tableau, ou que la reprise des activités sexuelles s'avère complexe à la suite d'une période d'apathie induite par un trouble érectile chronique, ou qu'il y a peu de désir sexuel chez l'un

ou l'autre des partenaires ou que le problème érectile est essentiellement d'origine psychologique, le médecin devrait travailler en collaboration avec un sexologue, un psychologue ou un thérapeute conjugal. Inversement, la prise d'un IPDE5 peut contribuer par effet placebo au rétablissement de la confiance sexuelle de l'homme qui suit une sexothérapie pour un trouble érectile d'origine psychogène. Dès lors, celui-ci peut aborder à nouveau les relations sexuelles de manière plus sereine.

Conclusion

Le trouble érectile s'inscrit à la jonction des divers fonctionnements de l'être humain. Nous croyons qu'une prise en charge multimodale tenant compte des dimensions biologiques, psychologiques, sexologiques, relationnelles et sociales impliquées dans la genèse et le maintien de cette problématique est à privilégier. Cette prise en charge globale ne peut s'effectuer que si tous les intervenants de la médecine, des psychothérapies, des thérapies cognitivo-comportementales et de la recherche pharmaceutique collaborent ensemble pour le bien-être du patient et de sa compagne.

Références[6]

Ackerman, M., & Carey, M. (1995). Psychology's role in the assessment of erectile dysfunction : historical precedents, current knowledge, and methods. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 862-876.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition, text revision). Washington, DC : APA.

Colson, M.H. (2005). Les femmes face à la dysfonction érectile : problème d'homme, regard de femme. *Progrès en urologie*, 15, 710-716.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia : W.B.Saunders.

Lewis, R.W. (2005). Sustaining the cure : oral pharmacotherapy failure salvage with vacuum devices and penile implants. In G.A., Broderick (Ed.), *Oral pharmacotherapy for male sexual dysfunction : a guide to clinical management* (pp. 323–337). Totowa, New Jersey : Human Press.

Lewis, R.W., Fulg-Meyer, K.S., Bosch, R., et al.,et al. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1, p.35-39.

Lewis, R.W., Yuan, J., & Wang, R. (2008). Male sexual arousal disorder. In D.L., Rowland, & L., Incrocci (Eds.), *Sexual and gender identity disorder*, (pp. 32–67). Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons.

LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. In R.C., Rosen, & S., Leiblum (Eds.), *Erectile disorders : assessment and treatment*, (pp. 171–197). New York : Guilford Press.

---

6. La recherche bibliographique de ce chapitre a été effectuée par Hélène Dionne, MA, sexologue.

Lording, D.W., McMahon, C.G., Conaglen, J.V., et al.,et al. (2000). Partners of affected men : attitudes to erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Reseach*, 12, p.S16.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston : Little Brown.

Mulhall, J.P., Goldstein, I., Bushmakin, A.G., et al.,et al. (2007). Validation of the Erection Hardness Score. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1626-1634.

Rosen, R.C. (2005). Reproductive health problems in aging men. *Lancet*, 366, 183-185.

Chapitre 13
Éjaculation prématurée

Pascal de Sutter, Valérie Doyen

L'éjaculation prématurée est la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente en Occident (Solano, 2000). Nous précisons « en Occident » car en d'autres lieux du monde, éjaculer vite n'est pas considéré comme un problème en soi. Dans nos contrées, actuellement, un tiers des hommes reconnaît éjaculer trop précipitamment à son goût et à celui de sa partenaire. Il s'agit donc d'une problématique très courante alors que, paradoxalement, il existe des traitements simples et très efficaces. Il ne faut cependant pas banaliser, minimiser ou négliger cette dysfonction sexuelle car l'impact sur la santé mentale et conjugale est important.

Cas clinique

Michel a 32 ans. Il ne parvient pas à se remettre d'une rupture amoureuse très pénible. Selon lui, sa partenaire l'a quitté en grande partie à cause de « son problème » d'éjaculation précoce. Il exprime que ce n'est pas la première fois que des filles le laissent tomber à cause de cela. Il se perçoit comme « un précoce » et cette idée – vécue comme une honte et un fardeau – l'obsède en permanence. Il n'ose même plus aborder une femme qui l'intéresse par peur anticipée d'un échec sexuel. Il en arrive à fuir toute situation de rencontre amoureuse. Il se sent malheureux et déprimé.

Définitions

Selon le DSM-IV, la caractéristique principale de l'éjaculation prématurée est l'apparition persistante et récurrente de l'éjaculation avec

une stimulation sexuelle minimale avant ou juste après la pénétration et avant que la personne ne le souhaite (critère A). Le clinicien doit prendre en considération les facteurs qui affectent la durée de la phase excitatoire, tels que l'âge, la nouveauté de la partenaire sexuelle ou de la situation, et la fréquence de l'activité sexuelle. La majorité des hommes ayant cette problématique peuvent retarder la venue de l'orgasme pendant l'automasturbation et ce pour une durée beaucoup plus longue que pendant le coït. Ce trouble peut provoquer une certaine détresse ou des difficultés interpersonnelles (critère B). L'éjaculation prématurée n'est pas due exclusivement aux effets directs d'une substance (critère C). Cette définition du DSM-IV s'avère assez floue. Que signifie « juste après la pénétration » ? Chaque clinicien peut l'interpréter différemment. Il existe d'ailleurs une très grande diversité de définitions suivant les études, les auteurs et les moments. Nous pouvons cependant retenir trois critères importants.

Le temps

La façon la plus simple et la plus objective pour définir l'éjaculation prématurée est de chronométrer le temps entre le début de la pénétration et l'éjaculation. Le problème est qu'il n'existe pas le moindre consensus entre les multiples auteurs. Cela va de 30 secondes ou 1 minute à 7 minutes ou même 10 minutes (Tordjman, 1989), en passant par 1 minute et 48 secondes. Lorsque l'on pose cette question aux hommes qui se perçoivent eux-mêmes comme souffrant d'éjaculation prématurée, il semblerait que la plupart d'entre eux (91 %) estiment ne pas durer plus de 2 minutes (de Sutter et al., 2002). On peut considérer qu'un homme qui ne possède pratiquement aucun contrôle sur l'apparition de son éjaculation peut effectivement « tenir » quelques secondes jusqu'à 1 ou 2 minutes à l'intérieur du vagin. Mais s'il parvient à pénétrer sa partenaire pendant 3, 4, 5 minutes ou plus, cela signifie qu'il possède déjà une certaine forme de contrôle de soi. Ainsi, en clinique, il est rarissime de rencontrer un homme qui prétend éjaculer systématiquement après 7 minutes de pénétration ! Il est donc raisonnable d'estimer que 2 minutes de pénétration sont un seuil critique pour la majorité des hommes souffrant d'éjaculation prématurée.

Le nombre de mouvements du bassin

Ce critère est intéressant dans la mesure où un homme qui ne bouge pratiquement pas est susceptible de rester longtemps dans le vagin. Mais son plaisir et celui de sa partenaire seront réduits. Le problème est donc de pouvoir pénétrer longtemps, mais aussi exécuter un nombre suffisant de va-et-vient intravaginaux. Pour ce critère, les recherches présentent également des divergences. Un consensus semble pourtant

se dégager : entre 10 et 20 mouvements après la pénétration. Comme pour la durée de pénétration, ce nombre n'est pas purement arbitraire mais se fonde sur une sorte de limite au-delà de laquelle l'homme possède effectivement un certain contrôle de soi. Ainsi, des hommes souffrant d'éjaculation prématurée subissent le réflexe éjaculatoire après seulement quelques mouvements. L'homme qui peut effectuer 30 ou 40 mouvements possède déjà un certain contrôle et sera donc théoriquement capable d'en effectuer beaucoup plus s'il le désire.

L'interprétation du sujet et de sa partenaire[1]

De Carufel (2009) fait remarquer pertinemment que *l'expression éjaculation prématurée ne réfère donc pas, en pratique clinique, à une réalité objective mais à une condition relative aux souhaits des gens.* Cet auteur propose donc une définition simple et large de l'éjaculation prématurée : « Une éjaculation qui se produit avant que l'homme ou la femme ne le souhaite. » Cette définition a l'avantage de remettre la perception de l'homme et de sa (son) partenaire au centre de la problématique. Ce critère est primordial étant donné qu'il repose sur le ressenti, les émotions et le plaisir. Connaître l'avis de l'autre paraît indispensable à partir du moment où l'on fait l'amour à deux. Il existe des couples où la femme n'apprécie pas spécialement la pénétration et donc ne se sent pas frustrée par l'éjaculation prématurée de son compagnon. *A contrario*, des couples dont le rapport sexuel dure déjà un certain temps mais qui leur paraît insuffisant peuvent toujours souhaiter une amélioration de leur condition. En outre, l'éjaculation prématurée peut également être le symptôme d'une difficulté autre du couple et il serait dommage de l'occulter.

Toutefois, il nous semble pertinent de maintenir les critères de temps et de mouvements (moins de 2 minutes et 15 mouvements) comme des bornes indicatives d'un certain cap à franchir. En outre, ces critères servent de repères au patient[2], ils lui permettent d'observer une évolution objective de sa condition. Nous avons observé que de nombreux hommes et femmes éprouvent de la difficulté à se satisfaire de la durée de leur rapport sexuel, même si celle-ci est tout à fait comparable (ou supérieure) à la moyenne de la population satisfaite sexuellement. Il arrive qu'après traitement, même si la durée du coït a été multipliée par trois, cinq ou dix, que cela ne soit pas encore assez long ou assez intense.

---

1. Pour alléger la lecture, nous prenons comme exemple les couples hétérosexuels. Mais tout ce qui est mentionné est évidemment aussi vrai pour les couples homosexuels. Il ne s'agit en aucune façon d'une discrimination de notre part.
2. Nous utilisons le terme « patient » qui est celui le plus communément utilisé en France. Mais il pourrait être substitué par celui de « client » ou « bénéficiaire » utilisé en Amérique du Nord.

Dans une étude (de Sutter et al., 2002) menée sur 117 sujets, 85 % des hommes estimaient toujours éjaculer (après traitement) avant qu'ils ne le souhaitaient alors qu'objectivement leur durée de pénétration et le nombre de mouvements avaient été considérablement augmentés. Il nous semble pertinent d'utiliser les trois critères diagnostiques de l'éjaculation prématurée afin de cadrer la demande du patient et interroger d'éventuelles insatisfactions permanentes ou attentes déraisonnables.

Étiologie

Depuis des années, une partie monde médical tente de « pathologiser » l'éjaculation prématurée en la définissant comme une maladie. Or, la cause physiologique ou organique de cette « pathologie » n'a toujours pas été découverte... Et ne le sera probablement jamais, car nous pensons que l'éjaculation prématurée est un comportement adaptatif issu de l'évolution des espèces. Tous les primates anthropoïdes et l'immense majorité des mammifères éjaculent spontanément très vite. Nous ne voyons pas pourquoi il en serait autrement pour l'homme. Nous pensons que le mâle humain est programmé génétiquement pour féconder rapidement la femelle sans trop de perte de temps. Toutefois, ce programme génétique originel n'est pas immuable. Il peut très bien être modifié et remplacé par un fonctionnement sexuel différent mieux adapté aux exigences de notre société contemporaine. L'être humain possède un cerveau extrêmement malléable et adaptable aux changements. C'est pourquoi 70 % des hommes peuvent contrôler et moduler leur excitation sexuelle afin de retarder la venue de l'éjaculation, cet apprentissage se fait par étapes. La plupart des adolescents éjaculent très vite, puis, par essais et erreurs, trouvent les trucs et astuces qui leur permettent de durer plus longtemps. Lorsque tout se passe bien, ils finissent par intégrer une manière de faire l'amour satisfaisante et oublient souvent comment ils y sont parvenus. Malheureusement, 30 % des hommes ne parviennent pas à acquérir cet apprentissage.

Il nous faut préciser que quelques affections médicales sont à l'origine d'une minorité d'éjaculations prématurées (Segraves, 2006). Nous pouvons citer certaines conditions urologiques (frein trop court, hyperesthésie du gland, etc.), des pathologies de la moelle épinière (spina bifida), des prostatites chroniques, des désordres neurologiques (tumeurs, scléroses multiples, etc.), des problèmes endocriniens (hyperthyroïdisme) ou d'autres affections généralisées (cancers, diabète instable, etc.). Certains médicaments peuvent aussi interférer avec l'éjaculation. Mais il s'agit de situations qui ne concernent qu'une petite minorité des hommes. Pour la majorité des hommes souffrant d'éjaculation prématurée, on peut expliquer leur difficulté par le conditionnement opérant. Les premières

expériences masturbatoires se déroulent souvent dans un environnement d'anxiété et de culpabilité. L'adolescent essaie d'éjaculer rapidement pour arriver le plus vite possible à la sensation recherchée : l'orgasme, il se conditionne à jouir vite. Aussi, ce *modus operandi* se reproduit également lors des premières expériences sexuelles qui se déroulent régulièrement dans des conditions de stress élevé, c'est le cas de pratiquement tous les hommes. Mais ici se différencie la situation des futures victimes de l'éjaculation prématurée et des autres. Pour les plus chanceux, en répétant souvent l'expérience sexuelle, ils finissent par spontanément éjaculer moins vite (une fréquence élevée d'éjaculation ralentit l'apparition du réflexe éjaculatoire). Ils testent alors différents moyens pour éjaculer moins vite (bouger plus lentement, prendre une position confortable, arrêter puis redémarrer, etc.). Ils prennent alors confiance en eux, leurs partenaires les encouragent et les félicitent. Un cercle vertueux se met en place : plus ils ont confiance en eux, plus ils ont des relations sexuelles fréquentes et moins vite se produit le réflexe éjaculatoire.

Pour les futures victimes de l'éjaculation prématurée, cela se passe différemment. Les premiers rapports sexuels sont des échecs répétitifs qui ne font qu'aggraver leur stress (or, le stress favorise le réflexe éjaculatoire) et diminuer la confiance en soi. Parfois, les partenaires les raillent ou les critiquent, ils se sentent alors tendus, stressés, jugés lors des rapports sexuels, et tentent de compenser leur « incompétence » par des comportements inadaptés (penser à autre chose, vouloir faire jouir vite la partenaire, essayer de se « retenir » en serrant les fesses, etc.) qui ne font que renforcer le problème. Ils développent aussi une série de cognitions dysfonctionnelles (mon pénis est trop sensible, quand je sens que j'éjacule je dois me retenir, je dois réussir dès la première nuit, etc.) qui aggravent et/ou maintiennent le problème.

On peut se demander pourquoi certains hommes développent facilement les bons comportements et d'autres maintiennent ceux qui favorisent l'éjaculation prématurée ? Il s'agit peut-être d'une prédisposition à l'anxiété ou à la nervosité plus grande chez des hommes, comme le pensent certains. Mais cela n'est pas encore clairement démontré et le traitement de l'anxiété ne fait pas disparaître l'éjaculation prématurée. Nous pensons qu'il est possible que certains hommes aient des fragilités émotionnelles qui les rendent plus vulnérables aux conditions difficiles des premières expériences sexuelles et plus sensibles aux réactions négatives des partenaires. Il existe peut-être même une forme de prédisposition génétique favorisant le maintien de la tendance innée qu'ont tous les hommes à éjaculer vite. Mais peut-être est-ce tout simplement des hommes qui ont moins de chance que d'autres et ne trouvent pas rapidement la bonne partenaire et les bons moyens pour retarder la venue de l'éjaculation.

Le meilleur argument en faveur de cette hypothèse est le traitement. En effet, lorsque l'on fournit à des hommes souffrant d'éjaculation prématurée (parfois depuis de longues années) les bonnes techniques cognitivo-comportementales, plus de 90 % (de Carufel, 2009) arrivent à considérablement améliorer leur fonctionnement sexuel, et cela, quelle que soit leur condition physique, mentale ou conjugale de départ et quel que soit leur patrimoine génétique. Il s'agirait donc d'une « maladie » qui peut se guérir par le simple apprentissage de comportements et cognitions appropriés.

Traitement

Notre objectif n'est aucunement de lister tous les traitements et médicaments pouvant améliorer l'éjaculation prématurée. Ce point mériterait, à lui seul, un ouvrage. Nous choisissons de vous présenter en résumé les techniques spécifiquement cognitivo-comportementales.

Le traitement de Masters et Johnson (1970) (technique du squeeze et *sensate focus*) a déjà été amplement décrit. Il a été empiriquement validé et s'est montré très efficace pour des couples unis. Il est plus délicat à mettre en œuvre lorsque des tensions conjugales règnent au sein du couple (ce qui est régulièrement le cas avec les problèmes d'éjaculation prématurée) et inadapté pour les hommes célibataires. En outre, la méthode de compression du pénis est peu érotique et embarrassante à pratiquer avec de nouveaux partenaires ; aussi, de nouveaux traitements ont été développés.

Une série de techniques thérapeutiques originales ont été proposées par de Carufel (2009). Elles ont pour particularité d'être plus claires au niveau théorique et plus faciles à utiliser par le thérapeute. Elles insistent sur le rôle d'une modulation de l'excitation sexuelle pour prolonger la latence éjaculatoire et de favoriser à cette fin le développement d'une gestuelle coïtale spécifique. Des études cliniques menées ces dernières années indiquent que les traitements qui intègrent ces techniques s'avèrent au moins aussi efficaces que la méthode classique et permettent probablement de dépasser certains inconvénients liés à cette dernière, comme réaliser l'économie d'une collaboration active de la partenaire. Nous choisissons de vous exposer brièvement une série d'outils pratiques, qui vont être illustrés d'un cas clinique.

Bibliothérapie

Dès les années 1970, différents auteurs se sont intéressés à la lecture de documents didactiques comme outils dans la prise en charge de l'éjaculation prématurée (Trudel and Laurin, 1988 ; de Sutter et al., 2002 ; Kempeneers et al., 2010). Une recherche, menée en 2002 par une équipe multidisciplianire de psychologues, de sexologues et de psychiatres auprès d'un échantillon de 117 hommes souffrant d'éjaculation prématurée, a

montré que la bibliothérapie est un instrument efficace dans le traitement de cette problématique. Les sujets de l'expérience (âge moyen 39 ans) devaient lire un roman de type sexo-informatif écrit par de Carufel et de Sutter. Ce livre contenait des informations cognitives et des techniques comportementales qui ont démontré leur efficacité dans une recherche précédente (de Carufel, 2009). Après la lecture, 79 % des hommes ont décrit une évolution positive de la problématique dont ils souffraient, et 65 % d'entre eux n'entrent désormais plus dans les critères diagnostiques habituels de l'éjaculation prématurée. Un groupe contrôle a été utilisé, de sorte que les améliorations observées ne semblent pas pouvoir être attribuées à une rémission spontanée ou à un effet « placebo » (de Sutter et al., 2002). Une autre étude récente (Kempeneers et al., 2010) montre également une amélioration significative de l'éjaculation prématurée après une prise en charge *via* une bibliothérapie plus concise. Par définition, ce type de bibliothérapie est typiquement une thérapie cognitivo-comportementale. En effet, le lecteur s'informe sur le sujet, apprend de nouvelles données (restructurations cognitives) et est invité à mettre en pratique ce qu'il lit (modification comportementale). Ce type de méthode rend la sexothérapie cognitivo-comportementale (STCC) accessible à un large public qui, d'ordinaire, ne consulterait pas.

Pharmacologie

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont utilisés depuis de nombreuses années dans le traitement de l'éjaculation prématurée. On sait qu'au niveau cérébral, la dopamine et la sérotonine sont d'importants neurotransmetteurs de l'éjaculation. La majorité des hommes sous antidépresseurs observent d'ailleurs que leur latence éjaculatoire est légèrement augmentée avec la prise régulière du médicament. Certains médecins prescrivent des antidépresseurs en continu uniquement pour traiter une éjaculation prématurée. Toutefois, les effets secondaires indésirables de ce type de médicament découragent un certain nombre de patients, surtout que les antidépresseurs diminuent le désir sexuel d'une partie d'entre eux et en outre, ils ne guérissent pas de l'éjaculation prématurée. Utiliser une aide pharmacologique ne modifie pas le comportement sexuel inapproprié qui est à l'origine du problème.

De nouvelles molécules prometteuses sont à l'étude pour augmenter l'efficacité sur l'éjaculation et diminuer les effets secondaires. L'idée serait aussi de proposer un médicament à l'action rapide et ciblée qui se prendrait quelque temps avant le rapport sexuel.

L'avantage d'un tel type de médicament serait d'apporter une réponse immédiate et facile au problème d'éjaculation prématurée. Pour certains patients, le succès sexuel leur donnerait une confiance en soi suffisante pour diminuer le stress qui contribue à l'éjaculation prématurée, mais pour

d'autres, le médicament créerait une forme de dépendance psychique qui les empêcherait de fonctionner sans l'aide de la molécule; aussi, les sexologues recommandent en général d'associer le médicament à une sexothérapie. Les études montrent qu'un traitement médicamenteux pour ce type de difficultés sexuelles est d'autant plus efficace s'il est complété par une thérapie de type STCC.

Travail sur les comportements

Les préliminaires

La gestion de l'excitation sexuelle de l'homme commence dès les préliminaires. En pratiquant des caresses plus longues et plus variées, l'homme peut apprendre à mieux connaître sa courbe d'excitation. Des préliminaires plus longs (20 à 30 minutes) constituent la base d'une relation sexuelle réussie car ils permettent à l'homme de s'habituer, de s'accoutumer aux sensations ressenties et donc de réagir de moins en moins fort aux stimuli sexuels excitants.

Cas clinique

Sébastien, 36 ans, est en couple depuis 10 ans. Sa partenaire se plaint de plus en plus de sa rapidité éjaculatoire. Sébastien va droit au but, son leitmotiv : « Battre le fer tant qu'il est chaud. » La fréquence de leurs rapports sexuels a fortement diminué, au cours de ces 3 dernières années, passant d'une fois par semaine à une fois par mois. Lorsque Sébastien aperçoit sa femme en sous-vêtements, il est déjà très excité. Alors, quand elle est d'accord pour faire l'amour, il ne perd pas de temps avec les futilités des préliminaires car il pense qu'il éjaculera encore plus vite. Nous allons donc proposer à Sébastien les exercices suivants :

- ne pas commencer par caresser ou se faire caresser des parties du corps qui sont sources d'une plus grande excitation ;
- pratiquer des préliminaires diversifiés : caresses du haut du corps, c'est-à-dire sur la polarité sentimentale et affective (le cou, le visage, les épaules, le dos, les cheveux) ;
- caresses plus sensuelles, érotiques avec la consigne : « Si je n'avais pas de main, comment irai-je à la rencontre du corps de l'autre ? » ;
- arriver au sexe de sa compagne par le chemin le plus long ;
- se prodiguer des caresses l'un après l'autre.

L'homme apprend déjà à recevoir des sensations excitantes et à moduler sa respiration et sa tension musculaire. Ces quelques exercices vont diriger Sébastien vers une excitation tout en douceur et modulable. Par la suite, il apprendra à recevoir des stimuli sexuels plus intenses directement sur le pénis. Il est important que le pénis se soit déjà « habitué » à des sensations sexuelles très fortes avant de pénétrer. Il est généralement plus facile pour les hommes de gérer leur excitation (même très intense) en dehors du

vagin, l'objectif final étant de pénétrer la partenaire au bon moment, ce qui signifie quand l'homme n'est pas trop excité (sinon il éjaculera juste après l'intromission du pénis), ni trop peu excité (car sinon il n'a pas une érection assez rigide pour pénétrer).

La fréquence

La recherche montre que l'abstinence prolongée est fortement corrélée avec l'éjaculation prématurée. La métaphore de la nourriture offre une illustration claire : si on vous prive de nourriture pendant 3 jours, vous risquez de dévorer à toute vitesse votre premier repas du 4e jour. Même les hommes qui ne souffrent pas d'éjaculation rapide éprouvent beaucoup de difficultés à se « retenir » après de trop longues périodes d'abstinence. Il convient donc d'augmenter, d'une manière ou d'une autre (masturbation, fellation, etc.), la fréquence éjaculatoire.

Cas clinique

(Suite)

Myriam, la compagne de Sébastien, se satisfait d'un seul rapport sexuel par semaine. Sébastien, lui, préférerait trois rapprochements sexuels durant cette même période. Myriam explique que si elle n'a pas envie plus souvent, c'est justement à cause de l'éjaculation précoce de son compagnon. Cela la frustre et lui coupe l'envie de recommencer quelque chose de bâclé et précipité. Comme Sébastien éjacule rarement, il accentue encore sa tendance à éjaculer vite. C'est un cercle vicieux. La solution est triple : (*i*) encourager Myriam à faire l'amour plus souvent pour que la situation s'améliore et que son envie revienne grâce aux progrès de la sexothérapie ; (*ii*) suggérer à Sébastien de ne pas trop insister auprès de Myriam, mais éjaculer plus souvent par d'autres moyens tels que la masturbation solitaire ou dyadique ; (*iii*) s'offrir des petits « cadeaux » sans pénétration. Cela peut être des caresses affectives et/ou érotiques, prendre un bain ou une douche ensemble et se laver mutuellement, remplacer une soirée devant la télévision par une soirée massage dans une ambiance romantique... tout, sauf la pénétration. Cela permettra à Sébastien de se concentrer sur autre chose que sa performance temporelle lors de la pénétration. Sa partenaire, ne désirant pas spécialement une pénétration systématique, pourra en retirer aussi des bénéfices. Si Sébastien garde un contact affectif et physique avec son amie, son cerveau oubliera moins vite le plaisir et l'excitation ressentis entre deux rapports avec pénétration.

La masturbation

Dans une perspective TCC, la masturbation est un véritable entraînement à la sexualité dyadique, l'entraînement conditionne le succès

de la relation à deux. Le thérapeute suggère au patient une petite expérimentation simple : se masturber une fois le plus vite possible (le « sprint ») et une fois le plus longtemps possible (le « marathon »). Le patient est cependant invité à penser à des choses très excitantes dans les deux cas. (En effet, il n'est ni efficace, ni agréable, ni thérapeutique d'essayer d'apprendre à penser à autre chose.) Il évalue alors lui-même les comportements qui ont amené le sprint (bouger vite la main, tendre les muscles, contracter les fesses, etc.) et les comportements qui ont permis le marathon (prendre une position confortable, bouger lentement, faire des pauses, etc.). Ainsi, le patient analyse et comprend lui-même ce qui fonctionne à la masturbation. Le sexothérapeute réfléchit avec le patient sur ce qui est transposable dans la relation à deux et ce qui ne l'est pas. Il invite aussi le patient à recommencer des exercices de masturbation en se focalisant sur le point de non-retour. Il s'agit du moment où – même si on arrête la stimulation – l'éjaculation surviendra inéluctablement. L'idée est d'apprendre par la masturbation à mieux détecter ce « point de non-retour » afin de chercher à ne pas trop s'en rapprocher durant l'acte sexuel, et apprendre ainsi à arrêter les stimulations bien avant de l'atteindre.

Cas clinique

(Suite)

Sébastien estime que son pénis est trop sensible, et ne comprend pas pourquoi les autres hommes peuvent se retenir d'éjaculer et pas lui. Le thérapeute procède à une restructuration cognitive en expliquant que son problème d'éjaculation prématurée n'est pas un problème de sensibilité : son pénis n'est ni trop, ni trop peu sensible. Il doit seulement apprendre à savourer les sensations agréables liées à la sensibilité du pénis, apprendre à faire monter son excitation mais aussi à la faire descendre. Le thérapeute explique aussi qu'aucun homme ne peut se retenir d'éjaculer, personne ne contrôle l'éjaculation. Ce que font les autres hommes, c'est tout simplement de contrôler l'excitation qui mène au point de non-retour. Le « truc » est de ne pas arriver trop vite au point de non-retour, cet objectif est plus facilement atteint par la masturbation ou les caresses extravaginales que par la pénétration, c'est donc par cela qu'il faut commencer.

Le stop

L'instant de la pénétration est un moment chargé d'intense excitation. La personne souffrant d'éjaculation prématurée sait qu'elle éjaculera vite. Elle espère donner un maximum de sensations à sa partenaire en un minimum de temps, et va donc entrer directement en mouvement

dès la pénétration. Or, c'est justement dans les secondes qui suivent l'intromission que les hommes sont au maximum de leur d'excitation. La pénétration procure des sensations particulièrement stimulantes, mais on finit toujours par s'y habituer... à condition de s'en donner le temps. Il convient donc de dire au patient qu'il doit s'immobiliser dès le premier instant de la pénétration pour savourer les sensations vaginales mais surtout pour s'y accoutumer. Pour que cela soit réalisable, l'idée est de stopper tout mouvement du bassin entre 30 secondes et 2 minutes (le temps du stop diminue au fur et à mesure du traitement).

Cas clinique

(Suite)

Sébastien a peur que sa compagne s'ennuie ou se « désexcite » s'il ne bouge pas dès la pénétration. Le sexothérapeute lui suggère alors de la caresser, de l'embrasser et de lui parler pendant ce « stop », mais de ne pas effectuer immédiatement des va-et-vient. Sébastien (tout comme la majorité des hommes souffrant d'éjaculation prématurée) ne parle pas durant le coït. Or, il existe une corrélation positive entre le fait de parler et la capacité à rester longtemps dans le vagin sans éjaculer. Plus on parle, moins on éjacule vite. De plus, la plupart des femmes trouvent agréable d'entendre un partenaire qui les complimente ou leur susurre des mots doux durant l'acte sexuel. Pendant que Sébastien parle à sa partenaire, il ne pense pas au stress, à l'échec, à la peur d'éjaculer trop vite.

Les pauses

Contrairement à ce que l'on voit dans les films pornographiques, les hommes qui durent longtemps sont ceux qui s'arrêtent souvent durant le coït. Non seulement cela leur permet de souffler de l'effort physique fourni, mais aussi les aide à éviter d'atteindre trop vite le point de non-retour. L'idée des « pauses » est centrée sur le fait d'écouter l'excitation de son corps et de devancer par un arrêt le risque d'éjaculation inopportune. Il s'agit de faire des pauses « préventives » à certains moments clés et surtout de ne pas attendre d'être « au bord » de l'éjaculation pour s'arrêter. La première « pause » peut arriver rapidement, c'est-à-dire après seulement deux ou trois mouvements lents du bassin de l'homme ou de la femme, la seconde après quatre ou cinq mouvements, et ainsi de suite. Au début du traitement, il convient d'être modeste dans le nombre de mouvements, après, quand viennent la confiance en soi et la diminution du stress, on peut s'en permettre plus.

Cas clinique

(Suite)

Si Sébastien va manger dans un restaurant étoilé, il déguste le repas. Le thérapeute peut proposer cette métaphore au patient. Les relations amoureuses sont d'autant plus agréables si on les savoure du début à la fin, si on est plus gourmet que gourmand. Faire une pause signifie arrêter de faire des mouvements de va-et-vient mais ne veut pas dire arrêter le rapport. Sébastien explique qu'il a déjà essayé de s'arrêter pendant le rapport, mais son éjaculation arrivait instantanément. Cela signifie simplement que Sébastien s'est arrêté trop tard. Si vous arrivez à vive allure à hauteur d'un feu tricolore et que celui-ci passe au rouge, il va être difficile de s'arrêter à temps. Donc, il vaut mieux ralentir quand on voit le danger arriver et non quand il est là. Sébastien est aussi inquiet du plaisir de sa compagne. Il a peur que les pauses la lassent et que son plaisir retombe, le thérapeute change aussi ce préjugé de Sébastien. Les femmes ont aussi besoin de pauses avant d'atteindre la jouissance. Ce n'est pas un mouvement continu en « marteau-piqueur » qui est le meilleur moyen d'aider une femme à atteindre l'orgasme. Au contraire, une montée progressive, avec des pauses, vers le sommet augmente l'intensité du plaisir féminin.

La respiration

La respiration représente un outil important dans le traitement de l'éjaculation prématurée. Apprendre à écouter sa respiration, l'identifier et surtout la moduler peut permettre à gérer son excitation. Être excité provoque généralement une respiration thoracique hyperventilée. Ce type de respiration amplifie l'excitation et provoque l'éjaculation. Il convient d'apprendre à respirer plus lentement, calmement, et de façon abdominale. Ce type de respiration est largement illustré par de Carufel (2009) et a démontré son efficacité dans des études contrôlées (de Sutter et al., 2002).

L'érotisation de son corps

La fluidité du mouvement du bassin lors des rapports sexuels permet à l'homme de procurer à sa partenaire des sensations voluptueuses tout en « économisant » son excitation. L'idéal est d'effectuer ce mouvement souple du bassin dans des positions très confortables, exigeant peu d'efforts musculaires car plus un homme contracte ses muscles, plus il éjacule vite. Lorsque l'homme pénètre sa partenaire dans la position classique du « missionnaire », il fait de gros efforts physiques. Il est nettement préférable de débuter le coït par une position plus confortable pour l'homme.

Cognitions

Lorsque l'on invite le patient à modifier ses comportements, il faut généralement effectuer aussi une série de restructurations cognitives. Le sujet adopte certains comportements dysfonctionnels justement parce qu'il s'appuie sur de mauvaises cognitions. Dans le traitement de l'éjaculation prématurée, il existe également une série de cognitions à modifier qui vont permettre des changements de comportement. Par exemple, les hommes qui souffrent d'éjaculation prématurée se sentent souvent humiliés, diminués et incompétents face aux femmes. En conséquence, ils ont tendance à se laisser guider par leur partenaire tout au long du rapport sexuel. Ils se disent : « Je ne sais pas bien m'y prendre, alors mieux vaut que ce soit elle qui dirige les opérations. », or cette attitude contribue à maintenir la dysfonction sexuelle, la femme ne pouvant pas ressentir ce que ressent l'homme. Elle est donc incapable de deviner s'il approche ou non du point de non-retour. Elle peut donc très bien effectuer des pauses trop tardives ou des mouvements trop rapides. C'est donc à l'homme de guider la femme dans la symphonie des corps, il doit être le « chef d'orchestre » de cette rencontre amoureuse. Cela ne signifie nullement que la femme doit rester passive ou soumise. Elle peut prendre de multiples initiatives durant les préliminaires et durant le coït, mais c'est à l'homme de la guider pour éviter qu'involontairement elle le fasse éjaculer par des gestes trop précipités. Lorsque le rapport sexuel a duré suffisamment longtemps pour les deux partenaires, la femme peut alors « prendre les rênes » et faire tout ce qu'il lui plaît. Il n'y a plus de problème à ce que l'éjaculation survienne intempestivement.

Cas clinique

(Suite)

La compagne de Sébastien préfère ne pas participer aux séances. Elle estime que « c'est son problème ». Sébastien lui en fait un compte rendu. Toutefois, il arrive que Myriam sabote involontairement les efforts de son partenaire. Elle lui demande d'accélérer quand il doit faire une pause, se plaint de la lenteur de ses progrès, choisit des positions difficiles pour lui. Pour éviter qu'elle continue de saboter le travail de Sébastien, le thérapeute l'invite à participer à une séance explicative. Il demande à Myriam de faire preuve de patience, d'encourager son compagnon, même pour des progrès minimes. Il lui suggère de mettre momentanément son plaisir féminin coïtal entre parenthèses et de savourer d'autres plaisirs, notamment durant les préliminaires. L'objectif est d'abord que Sébastien puisse se conditionner à rester longtemps dans le vagin sans éjaculer, même si les deux partenaires ne ressentent guère d'excitation. Cet objectif atteint, ils peuvent alors passer à l'étape suivante où le plaisir de la pénétration sera mutuel.

Émotions

Le patient doit (ré)apprendre à se sentir confortable, compétent et en confiance durant la sexualité. Son angoisse de performance, son stress, son anxiété ont mis à mal son estime de lui-même. Pour retrouver son assurance, le patient est encouragé à se focaliser sur ses nouveaux comportements sexuels et savourer ses petits (et grands) progrès. Le thérapeute compare ce traitement à l'apprentissage de la conduite d'un véhicule. Au début, c'est difficile de s'y retrouver, mais au fur et à mesure, le cerveau s'adapte au nouvel apprentissage et la conduite finit par devenir naturelle. Les émotions désagréables liées à l'éjaculation prématurée sont petit à petit remplacées par des émotions positives suscitées par la réussite du traitement.

Conclusion

Une analyse fonctionnelle sophistiquée n'est généralement pas nécessaire pour traiter l'éjaculation prématurée. En effet, l'application d'un traitement standardisé (comme celui présenté ci-dessus – de Carufel, 2009), permet à 90 % des patients d'obtenir une amélioration considérable de leur situation. La recherche à clairement démontré que l'apprentissage de techniques STCC spécifiques suffit amplement à résoudre l'immense majorité des problèmes d'éjaculation prématurée. Les rares cas d'échec thérapeutique sont souvent liés à des conflits conjugaux qui doivent alors être préalablement réglés avant d'entamer le traitement. Dans la prise en charge cognitivo-comportementale de l'éjaculation prématurée, la participation et la coopération de la partenaire augmentent souvent le succès thérapeutique.

Références

de Carufel, F. (2009). *L'éjaculation prématurée*. Bruxelles : Presses Universitaires de Louvain.

de Sutter, P., Reynaert, C., Van Broeck, N., & de carufel, F. (2002). Traitement de l'EP par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 131-136.

Kempeneers, P., Andrianne, R., Bauwens, S., et al.,et al. (2010). L'étude bibliothEP : évaluation d'une nouvelle bibliothérapie de l'éjaculation précoce Reims. *3e Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle*, .

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston : Little Brown.

Segraves, R.T. (2006). Rapid ejaculation A review of nosology, prevalence and treatement. *International Journal of Impotence research*, 18, p.S24-S32.

Solano, C. (2000). *Comment augmenter le plaisir? Comment le faire durer? La sexualité au masculin*. Marabout : France.

Tordjman, G. (1989). Un nouveau traitement de l'éjaculation précoce. *Cahiers de sexologie clinique*, 15, p.17-22.

Trudel, G., & Laurin, F. (1988). The effect of bibliotherapy on orgasmic dysfunction and couple interactions: an experimental study. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 223-228.

Chapitre 14
Anéjaculation

François-Xavier Poudat

Les troubles de l'éjaculation comprennent classiquement l'éjaculation prématurée et l'éjaculation retardée (ou anéjaculation). La première dysfonction est beaucoup plus fréquente, rapidement frustrante et donc plus mal supportée par le couple. L'éjaculation retardée, quant à elle, moins connue et plus rarement diagnostiquée, pose plus spécifiquement le problème de co-morbidité avec certains troubles de personnalité.

Définitions

Dans les classifications internationales (DSM-IV-TR), l'éjaculation retardée (*delayed ejaculation*) et son degré extrême, l'anéjaculation, sont inclus dans les anorgasmies, par le fait même que le patient ne peut finir le rapport sexuel par une éjaculation et un orgasme malgré toutes les stimulations adéquates, un désir, une excitation et une érection normale. Pour d'autres auteurs, les anéjaculations feraient partie intégrante des inhibitions sexuelles. Enfin si le diagnostic d'anéjaculation intègre une anorgasmie, le diagnostic d'anorgasmie n'intègre pas systématiquement une anéjaculation ; l'anorgasmie masculine présente un tableau spécifique dans lequel une éjaculation normale peut survenir sans orgasme (sans la phase de perte de contrôle perceptivo-psychique liée au plaisir).

Si l'absence d'extériorisation de l'éjaculation pourrait facilement définir l'anéjaculation dans le sens premier du terme, c'est l'absence d'orgasme qui permet, au mieux, de poser le diagnostic d'anéjaculation et de différencier ainsi l'anéjaculation de l'éjaculation rétrograde, dont la cause est exclusivement organique (neurologique, uro-chirurgicale, notamment prostatique, etc.), cette dernière se caractérisant par une

absence d'extériorisation de l'éjaculation mais avec, en principe, maintien de l'orgasme (éjaculation dans la vessie).

L'expérience clinique nous montre parfois une symptomatologie plus complexe avec une éjaculation retardée plutôt qu'une anéjaculation, parfois la présence de sensation de plaisir confusément ressentie comme un orgasme plutôt qu'une anorgasmie, parfois une symptomatologie plus fluctuante associant des périodes d'anéjaculation avec des périodes d'éjaculation retardée, voire d'éjaculation normale. Cette fluctuation dépend autant du contexte cognitif, émotionnel, comportemental qu'environnemental (une anéjaculation occasionnelle dans un contexte d'angoisse ou une anéjaculation survenant exclusivement avec certaines partenaires ou seulement pendant l'acte sexuel, le patient pouvant alors avoir des éjaculations durant son sommeil – les « pollutions nocturnes » – ou au cours de la masturbation).

Modèles explicatifs

Dimension psycho-physiologique

Le mécanisme psycho-physiologique principal qui sous-tend cette dysfonction éjaculatoire est centré sur l'inhibition du réflexe éjaculatoire avec pour facteur primordial un trouble de gestion de la phase d'excitation. La conséquence de ce trouble de l'excitation pourrait être une anérection, un trouble de l'éjaculation et/ou une anorgasmie (pour cette dernière, la durée moyenne normale de survenue d'un orgasme est de 3 à 4 minutes mais, dans cette dysfonction, il peut aller jusqu'à 30 à 45 minutes ou plus). Nous différencions l'*anéjaculation due à une hypo-excitation sexuelle* (le sujet ne peut éjaculer car pas assez excité, bas niveau de stimulation, inhibition sexuelle), de l'*anéjaculation due à une hyperexcitation sexuelle* (le sujet ne peut éjaculer car trop excité, spasme neuromusculaire, hypercontrôle et anorgasmie). Ainsi, nous retrouvons d'une part toutes les causes de manque d'excitation (manque de désir, niveau faible de source d'excitation, manque de confiance dans les autres, etc.) et d'autre part toutes les causes d'excitation excessive (saturation de sensations érotiques, parasitage par une hyperexcitabilité anxieuse, hypercontrôle des émotions et des sensations sexuelles, verrouillage cognitif, peur des conséquences, etc.).

Dimension comportementale

Le mécanisme principal est fondé sur l'addition de deux facteurs comportementaux : la présence d'un niveau faible de stimuli et renforcements positifs avec un niveau élevé de stimuli et renforcements négatifs. À partir des théories de l'apprentissage comportemental (comportement ouvert), le premier mécanisme est le *faible niveau des*

stimulants sensoriels dû par exemple à l'absence de connaissances et de compétence sexuelles (les rôles de l'homme et de la femme dans la genèse de l'excitation sexuelle, l'interaction homme/femme dans la survenue de l'orgasme). Le second mécanisme est la présence d'un *haut niveau de facteurs comportementaux négatifs* représentés par le stress, l'attitude de spectateur, l'évitement par peur du contact génital, l'obsessionnalisation du rapport sexuel, l'attitude négative de la partenaire, etc. Ces deux mécanismes renforcent les conséquences de l'échec sexuel et l'anticipation négative.

Dimension cognitive

Les facteurs cognitifs jouent un rôle essentiel dans la survenue et le maintien du trouble sexuel. Le *faible niveau de cognitions et de schémas de croyance valorisants* (information inexistante ou parcellaire, absence de fantasmes et de scénarios sexuels stimulants, présence de modèles masculin et féminin neutres non différenciés, discours contrôlé sur la sexualité, etc.) est associé à un *haut niveau de cognitions négatives et de distorsions de la pensée* (maximalisation de l'échec, obligation de performances et de résultats, perception négative du « laisser-aller », etc.). La présence répétée d'un échec renforce le discours négatif sur soi-même, sur le partenaire et sur le couple.

Dimension interactionnelle

Pour certains chercheurs, le mécanisme principal est interactionnel, centrant le problème sur le système couple. Le choix du conjoint n'étant pas lié au hasard, différentes conséquences peuvent survenir dans le couple lorsque celui-ci vit certains moments essentiels de sa vie. C'est le cas par exemple lorsque l'un des partenaires émet le souhait d'avoir un enfant, ou lors d'un changement de statut de l'un des partenaires, modifiant la répartition des rôles dans le couple, ou lors d'un état de crise au cours duquel l'anéjaculation sert de prétexte à un rejet de l'autre ou à un contrôle de l'autre, etc. Il se passe alors dans la sexualité ce qui se passe dans la vie quotidienne du couple, c'est-à-dire : contrôle de soi et/ou contrôle de l'autre.

Dimension structurelle : manque d'habilités sociales et faible estime de soi

Ce facteur est très intéressant car il inclut un facteur souvent retrouvé dans les troubles sexuels et qu'il ne faut surtout pas oublier de rechercher lors de l'analyse fonctionnelle. Il concerne le niveau d'estime de soi et d'assertivité. Ces deux concepts ne se recoupent pas systématiquement. Le premier concerne le regard positif, l'affection, l'estime que

l'on a pour soi-même, le second concerne la place que le sujet se donne face aux autres. Il semble qu'il y ait, chez certains patients, un faible niveau d'estime et d'affirmation de soi (phobiques sociaux, dépendants, psychasthéniques ou anxio-dépressifs, etc.) qui entraînerait l'apparition de comportements sexuels inhibés anxiogènes, précipités, voire évités (vaginisme, éjaculation prématurée, anéjaculation ou anorgasmie).

Au côté de l'inhibition comportementale, un autre paramètre se centre sur la « pathologie du contrôle » retrouvée par exemple chez des sujets ayant une personnalité obsessionnelle. La maîtrise et le contrôle de soi résument assez bien la vie quotidienne de ces sujets où le besoin de contrôle sur eux-mêmes, sur leurs comportements, sur leur système de pensée, sur leurs émotions et sur leur environnement (travail, conjoint, relation sociale) est essentiel à l'apaisement de leur tension physique et psychique. Le laisser-aller et la perte de contrôle sont vécus comme angoissants et insupportables, proches pour certains de l'angoisse de mort ou de la folie. Ils peuvent se traduire par des fluctuations de l'humeur, des crises d'impulsivité, de l'évitement relationnel, etc. Nous retrouvons ces troubles dans certaines dysfonctions sexuelles comme l'anéjaculation ou l'anorgasmie.

Facteurs étiologiques

Les causes de l'anéjaculation et de l'éjaculation retardée sont essentiellement fonctionnelles et psychiques ; cependant, nous ne devons pas oublier les étiologies organiques. Nous pouvons citer les causes endocriniennes (le diabète et les dysendocrinopathies centrales), les causes prostatiques, les atteintes mécaniques du circuit de fabrication et de l'éjection du sperme, la chirurgie pelvienne et surtout les causes iatrogènes toxiques (opiacés) et médicamenteuses, notamment avec les antidépresseurs IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) (entraînant le *post-SSRI sexual dysfunction*, 15 à 50 % des patients pouvant en être affectés) et les antipsychotiques.

Nous pouvons souligner quelques causes fonctionnelles présentes dans certaines circonstances diverses : les éjaculations retardées liées à l'âge ou à l'hyperactivité sexuelle, à une absence de contraception, à une distension du vagin, à une fatigue générale, à un état dépressif, etc.

Concernant les facteurs psychologiques, nous devons principalement rechercher au cours de l'analyse fonctionnelle les causes suivantes : contexte éducatif avec absence ou méconnaissance de la notion de sensation et de plaisir, répression du comportement sexuel dans l'enfance, antécédents de traumatisme sexuel, ignorance ou manque d'apprentissage de la sexualité, angoisse de performance, peur de la pénétration, peur de la femme et du sexe féminin, phobie du sperme par la souillure, peur de l'abandon, du laisser-aller et de la perte de contrôle, culpabilité

face à un univers fantasmatique, vision négative de son corps, problématique liée au désir d'enfant dans le couple, conjugopathie ou agressivité envers son partenaire, etc.

La demande

Ce problème sexuel n'est pas toujours pris en charge rapidement, les patients ne s'autorisant pas à venir consulter pour ce problème qui frustre « seulement » le patient en premier, la partenaire pouvant être plus satisfaite du facteur « durée », à la différence de l'éjaculation prématurée qui amène une frustration rapide des deux partenaires. Le caractère primaire du trouble (symptôme ayant toujours existé, tableau peu connu et peu étudié) induit une demande tardive de prise en charge, expliquant alors la complexité des plaintes et des symptômes qui ont évolué parfois depuis des années. L'éjaculation tardive est devenue une anéjaculation, qui a elle-même évolué vers une dysfonction érectile par angoisse de l'échec puis évitement progressif des rapports sexuels et trouble du désir : c'est alors à ce stade que le thérapeute intervient. Parfois, le patient et le couple viennent en consultation suite à un bilan de stérilité pour désir d'enfant ; la demande n'est alors pas sexuelle mais procréatrice.

Facteurs spécifiques dans l'analyse fonctionnelle

Nous pouvons reprendre les points spécifiques essentiels à rechercher dans le cadre d'une anéjaculation :

- différencier une anéjaculation d'une éjaculation rétrograde ;
- rechercher les facteurs organiques et iatrogènes associés ;
- différencier une anéjaculation par déficit d'excitation d'une anéjaculation par excès d'excitation ;
- rechercher les caractères primaire, secondaire et circonstanciel (relatif à la présence ou non de l'autre, à certaines situations affectives, à certaines partenaires ou à certaines conduites sexuelles) ;
- analyser la phase de désir, d'excitation, d'érection, de plaisir et d'orgasme (attention à l'association anérection-anéjaculation dans la non-consommation de mariage) ;
- analyser l'état d'anxiété et les troubles de l'humeur ;
- prendre en compte les réactions de la partenaire et les autres facteurs environnementaux ;
- analyser l'état du couple actuel et sa structure de fonctionnement sous-jacente ;
- prendre en compte la présence ou non d'un désir d'enfant ;
- étudier la structure de personnalité (anxieuse, dépendante, obsessionnelle, dépressive, etc.), se centrer sur le concept de contrôle et de maîtrise de soi ;

• analyser le système éducatif, les schémas de croyance concernant l'estime de soi et l'affirmation de soi, les traumatismes de l'enfance et de l'adolescence, les représentations du sujet sur les modèles parentaux, la sexualité, le sexe opposé, le rapport sexuel, l'orgasme, la masturbation, etc.

Aspects thérapeutiques

Peu de recherches ont été effectuées concernant le traitement de l'anéjaculation, et l'expérience clinique a donc souvent prévalu dans l'élaboration des protocoles thérapeutiques. Le protocole suivant semble correspondre à un certain consensus tel que nous l'utilisons en clinique.

La prise en charge thérapeutique associera dans un programme multimodal, une étape sexothérapique et une étape TCC plus globale sur la gestion de soi et sur l'entraînement aux habilités sociales.

Pédagogie

L'absence ou la pauvreté des informations ainsi que la présence de distorsions cognitives concernant la sexualité et son fonctionnement sont systématiquement présentes et expliquent un grand nombre d'anéjaculation et de renforcements induits. À partir des entretiens et de l'analyse fonctionnelle, le patient formule ses hypothèses et ses explications qui serviront de base pour revenir sur certains thèmes dont les principaux sont : le mécanisme physiologique de l'excitation, de l'éjaculation et de l'orgasme ; le lien entre excitation sexuelle positive et excitation « nerveuse » négative liée aux stress et autres parasitages cognitifs et comportementaux ; l'interaction comportementale entre inhibition sexuelle et inhibition aux habilités sociales ; le paradoxe cognitif entre contrôle de soi et lâcher-prise ; le lien entre trouble sexuel et désir d'enfant ; etc.

Traitement comportemental

La prise en charge comportementale se structure autour du principe d'exposition progressive. Ce principe a pour but de permettre au patient de s'exposer (*in vivo*) ou de se sensibiliser (sous relaxation) à son symptôme, que celui-ci soit sa peur de l'échec ou sa peur de la femme, du sperme, du vagin, de la pénétration, etc. En prescrivant le symptôme de manière progressive, le thérapeute agira en même temps sur l'évitement comportemental et sur l'anxiété anticipatoire.

Préciser la demande

Il faut préciser quelle est la demande du patient : désir d'enfant, retrouver un désir sexuel, être moins inhibé sexuellement, éjaculer au cours du rapport sexuel, avoir moins peur de la femme et du sexe ; l'exposition progressive sera évidemment fonction de cette demande.

Définir la ligne de base

Le thérapeute recherchera les situations sexuelles au cours desquelles le patient a fait l'expérience d'éjaculation qu'il considère comme normale ; par exemple, le patient peut éjaculer seul par masturbation mais ne peut éjaculer en présence de sa partenaire ; le patient peut éjaculer devant sa femme par stimulation manuelle mais pas au cours de la pénétration ; le patient a pu avoir des pollutions nocturnes pendant son sommeil mais pas par la masturbation ni pendant les rapports sexuels ; etc.

Construire la hiérarchie

À partir de la situation de base, celle au cours de laquelle le patient a pu éjaculer, le thérapeute aidera le patient à construire une hiérarchie de situations progressivement angoissantes, de la plus acceptable (faible niveau d'angoisse) à la plus difficile (angoisse extrême). Nous chiffrons le niveau d'angoisse de 0 à 10 avec 0 comme la plus faible angoisse et 10 la plus forte.

S'exposer aux situations

Le patient, soit *in vivo* soit sous relaxation, va par étapes progressives et répétées s'exposer aux différentes situations de la liste en commençant par la plus simple pour aller vers ce qui l'angoisse le plus. Cette exposition peut demander plusieurs mois. Le but n'est pas de se précipiter à la recherche d'un résultat mais d'assimiler les exercices effectués tant sur le plan émotionnel, corporel que cognitif et conjugal. Nous ne passons à l'étape suivante que lorsque la précédente est intégrée. Nous pouvons définir les étapes hiérarchisées suivantes :

- apprentissage de la masturbation, seul, sans et/ou avec des fantasmes féminins ;
- apprentissage du *sensate focus* sans y intégrer les zones sexuelles ;
- expérience du contact sexuel avec éjaculation extravaginale provoquée par le patient, puis provoquée par la femme ;
- expérience d'une éjaculation intravaginale d'abord à l'entrée du vagin puis avec pénétration totale...

Traitement cognitif

La prise en charge cognitive centrée sur le discours interne du patient et le rapport avec ses émotions utilisera l'auto-enregistrement, le repérage et la restructuration des distorsions cognitives. Concernant l'anéjaculation, le thérapeute, à partir de ces outils, proposera différents axes de travail :

- utilisation de la triple colonne de Beck afin que le patient prenne conscience du lien entre cognition et émotion, puis cognition, émotion et pensées alternatives construites par le patient lui-même ;

• utilisation de « la flèche descendante » avec le questionnement spécifique « et si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous... » afin de rechercher les schémas de croyance sous-jacents spécifiques de l'anéjaculation. « Se laisser aller n'est pas digne de moi ; garder le contrôle rend l'homme plus viril ; les femmes n'aiment pas être salies ; un homme qui n'est pas parfait sexuellement ne l'est pas dans sa vie de tous les jours, etc. » ;
• élaboration du scénario du « pire » afin que le patient puisse se centrer sur ce qu'il imagine de pire, notamment les conséquences extrêmes si le symptôme allait jusqu'au maximum de son développement. Ce scénario sera comparé à l'élaboration d'un second moins pire « Comment décririez-vous dans le détail votre sexualité si cela se passait bien et qu'il n'y avait plus de problème ? », permettant de prendre la distance nécessaire entre le pire supposé et la réalité souvent moins pire... ;
• discussion des croyances face à la réalité, prescription de vérifications réalistes : « Et s'il se passe ça, la réalité est-elle celle que vous imaginez ? » ;
• utilisation de techniques de sophro-hypnose facilitant, par la modification du niveau de conscience (ou pleine conscience), une exposition liant la situation, le système cognitif et les émotions.

Traitement en groupe

Pour les patients présentant un déficit d'habilités sociales, certains travaux (Poudat & Jarrousse, 1992) ont montré l'efficacité des thérapies de groupe centrées sur les techniques d'entraînement à l'affirmation de soi. Les techniques utilisent les jeux de rôle (apprentissage social) et la relaxation (gestion de stress) couplés à des prescriptions d'exercices à domicile. Les objectifs sont centrés sur la communication verbale et non verbale tant sur le plan social que sur le plan affectif, sur l'expression des émotions et des sentiments, sur l'estime de soi, etc. Le but n'est pas directement associé à la résolution du problème sexuel mais à l'affirmation de ces habilités, valeurs, compétences personnelles face aux autres, notamment face au sexe opposé. Il avait été montré dans de précédents travaux que l'action indirecte sur l'estime de soi et sur l'affirmation de soi rendait le patient plus à l'aise dans ses relations affectives et sexuelles, notamment grâce au lâcher-prise verbal et émotionnel.

Conclusion

Parce que l'anéjaculation est un sujet peu abordé, à la différence du grand nombre d'articles consacrés à l'éjaculation prématurée, il nous a semblé très important de décrire tant sur le plan clinique que thérapeutique cette dysfonction. Considérée comme plus rare et plus complexe, cette plainte, comme d'ailleurs les anorgasmies féminines, nécessite un

abord multimodal par le fait même que le paramètre « orgasme » est subjectif, cognitif, sensitivo-sensoriel et interactionnel à la fois. Il semble intéressant d'y associer un paramètre « personnalité » sur lequel nous devrons nous pencher, notamment en recherchant d'éventuelles corrélations entre le concept de maîtrise de soi et certaines pathologies sexuelles, notamment orgasmiques. La plupart des auteurs semblent d'accord pour dire que la durée de la thérapie est classiquement plus longue que pour la plupart des dysfonctions sexuelles et qu'elle inclut souvent une prise en charge psychothérapique TCC, multimodale, ce qui serait peut-être un argument pour placer ce trouble dans une problématique plus structurelle que réactionnelle, mais ceci n'est qu'une hypothèse.

Cas clinique

Jean, 35 ans, professeur de sport, est venu en consultation pour un problème d'anéjaculation. Le patient se plaint soit d'une anéjaculation totale, soit d'un retard dans l'éjaculation (il dit ne pas pouvoir éjaculer quand il le désire). Il n'a pas de partenaire fixe. Il reconnaît avoir eu, depuis le début de sa vie sexuelle (à 20 ans), 5 à 6 rapports sexuels normaux avec éjaculation. Il ne ressent évidemment pas d'orgasme mais il décrit une pauvreté du désir, il ne se plaint pas de trouble de l'érection. Ces symptômes éjaculatoires avec trouble du désir existent depuis le début de sa vie sexuelle, et ce quelles que soient les partenaires. L'analyse fonctionnelle note également la présence d'éjaculation lors de la masturbation que la stimulation manuelle soit effectuée par lui-même ou par la partenaire.
Sur le plan comportemental : anéjaculation, éjaculation retardée, absence de désir, éjaculation par masturbation, pas d'éjaculation rétrograde, érection normale quand excitation, pauvreté des contacts sexuels, attitude de spectateur, évitement des rapports sexuels, surcompensation professionnelle et sportive. Les stimulants sexuels qu'il a repérés comme favorisant le désir sexuel sont l'absence de stress, l'alcool et la passivité de la partenaire pendant le rapport sexuel. Les facteurs défavorables au désir sont le stress professionnel, une attitude trop entreprenante d'une partenaire et la fatigue survenant après une compétition sportive. La présence de stimulants sexuels apporte au mieux de temps à autre une éjaculation retardée, voire même une anéjaculation, cette dernière étant systématique quand le désir est absent. Sur le plan général, le patient se plaint d'un isolement social rompu uniquement lors de ses compétitions sportives, l'évitement relationnel étant surtout flagrant dans les relations au sexe opposé. Il semble préférer les relations de courte durée, lui donnant la possibilité de quitter l'autre plutôt que d'être quitté.

Sur le plan cognitif : peur de l'échec, appréhension de l'exigence féminine, obligation de résultat, focalisation sur le « faire plaisir à l'autre » et sur les marques extériorisées d'excitation féminine, schéma très normatif du rapport sexuel perçu comme une technique « sportive ». Sur le plan général, nous retrouvons une image dévalorisée de soi, avec faible estime de soi surtout dans les relations affectives. Jean perçoit les relations de longue durée comme dangereuses et angoissantes, enfermé dans un schéma affectif où le rejet et l'abandon sont le fait des femmes. Il exprime des sentiments de peur du regard et du jugement de l'autre, surtout dans les situations affectives (quand nécessité d'exprimer des émotions et des sentiments personnels).
Sur le plan émotionnel et corporel : tension physique permanente avec douleurs musculaires, trouble du sommeil, maux de tête avant les rapports sexuels, irritabilité, angoisse.
Objectifs de travail :
• gestion du stress dans sa vie générale (technique de sophro-relaxation) ;
• apprentissage de la communication tant sur le plan professionnel que sur le plan affectif (peur du jugement des autres, incapacité à dire « non » à son directeur qui lui en demande toujours plus, expression des colères et des compliments dans sa famille, avec ses amis, communication difficile et superficielle avec les femmes, etc. ; pour cela proposition d'un groupe d'entraînement aux habilités sociales) ;
• développement de l'estime de soi et de ses valeurs propres (mes compétences, mes qualités, mes fragilités, etc.) ;
• information minimale sur la sexualité, la différence des attentes homme/femme, la relation de longue durée (groupe de parole et d'information) ;
• restructuration cognitive des croyances sur les femmes et la sexualité (entretien individuel de restructuration cognitive) ;
• prise en charge sexothérapique de l'anéjaculation (technique d'exposition progressive).

La prise en charge s'est étalée sur 18 mois, à raison d'un rendez-vous individuel tous les mois destiné au travail cognitif et sexothérapique. En parallèle, Jean a intégré un groupe d'information et de parole sur la sexualité (5 séances de 2 heures) et un groupe d'entraînement à l'assertivité (12 séances de 2 h 30, une fois tous les 15 jours, groupe fermé).

Le résultat fut positif sur plusieurs points avec amélioration très nette de son assertivité au test du Rathus (1973), notamment dans ses relations aux femmes (a pu rencontrer une femme et accepter l'établissement d'une relation amoureuse, avec pour la première fois un projet de vie commune). Jean a pris du recul dans son travail, se donne des limites pour ne pas accepter toutes les propositions du directeur de son

établissement ; il a, par ailleurs, pris en charge l'entraînement sportif d'une équipe de jeunes de son quartier et a pu rester seul chez lui une journée sans ressentir le besoin de « remplir » ce vide avec des activités. Jean a décidé de recontacter son père qu'il n'a pas vu depuis plus de 10 ans suite à de vieux conflits mis sous silence (sujet abordé dans le groupe). Il conçoit que les femmes ne sont pas systématiquement la cause de son mal-être et que ses propres postures induisent parfois le rejet, la colère ou la distance des femmes ; il conçoit également que s'exprimer ne veut pas dire prendre un risque de rupture et que « lâcher des émotions » n'est pas signe de soumission.

Sur le plan sexologique, Jean a repris quelques approches sexuelles, avec pour l'instant des « exercices » de *sensate focus* orientés sur l'exploration corporelle, sur l'expression verbale des ressentis corporels, sur l'utilisation de la position active à donner et de la position passive à recevoir. Il y a eu mise en place d'une technique d'exposition progressive au stress de l'échec focalisée sur la stimulation manuelle devant sa partenaire, puis effectuée par sa partenaire jusqu'à ce qu'il arrive à éjaculer en intravaginal, mais uniquement encore après sa propre stimulation manuelle. C'est à cette période que la prise en charge sexologique s'est arrêtée pour des raisons professionnelles et un départ de la région. Jean fut très satisfait de son évolution personnelle ; il considère qu'il a appris à se « détacher » sans avoir peur de « perdre » et à accepter la différence sans ressentir trop le manque. Nous pouvons espérer qu'il a les outils qui lui permettront d'ouvrir les « champs du possible » dans son changement sexuel et affectif.

Références

Mini DSM-IV-TR. (2005). *Critères diagnostiques de l'American Psychiatric Association* (traduction dirigée par J.D. Guelfi). Paris : Masson.

Poudat, F.X. (2004). *Bien vivre sa sexualité*. Paris : Odile Jacob.

Poudat, F.X., & Jarrousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson.

Rathus, S.A. (1973). A thirty item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 298-306.

Chapitre 15
Désir sexuel hypoactif[1]

Gilles Trudel, Pascal de Sutter, Alexandra Hubin

Jusque vers la fin des années 1970, l'importance de la phase du désir sexuel a été négligée. Les auteurs de l'époque semblaient voir le désir sexuel comme la résultante d'un bon fonctionnement de l'ensemble de la réponse sexuelle. Kaplan (1977) et Lief (1977) ont suggéré par la suite de considérer la phase de désir comme étant différente des phases d'excitation et d'orgasme. En effet, la prévalence non négligeable des problèmes de désir sexuel et la nécessité de les aborder dans un traitement spécifique ont incité les experts à définir cette phase de l'activité sexuelle isolément, d'autant plus que des échecs dans le traitement des dysfonctions sexuelles reliées aux autres étapes de l'activité sexuelle pouvaient être associés à un problème de désir non diagnostiqué, qui compromettait le fonctionnement sexuel à sa source.

Définir le désir sexuel

Le désir sexuel est un des aspects importants de la vie psychologique. Il est au cœur de toute relation amoureuse. Il est l'ingrédient de base de la passion amoureuse. Ne pas désirer quelqu'un est souvent vécu comme un indice parmi d'autres d'une relation amoureuse et/ou conjugale non fonctionnelle. C'est donc un indicateur de première importance de la présence d'un dysfonctionnement conjugal et/ou individuel et de la présence d'autres problèmes sexuels dans le couple. Il fait partie d'une combinaison d'éléments essentiels qui permettent l'existence et le maintien de l'amour sans lesquels une relation amoureuse est compromise

1. Les auteurs remercient Marie-Pascale Leblond pour sa collaboration à la rédaction de ce texte.

ou tout au moins pourra induire une détresse importante au sein du couple et/ou chez l'une ou l'autre des personnes le composant. Le désir est l'élément moteur de l'activité sexuelle. Il s'agit de la première phase de l'activité sexuelle, mais il peut se poursuivre durant la phase d'excitation. Il a été défini de différentes manières mais, comme nous le verrons plus loin, tous reconnaissent qu'il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel (Trudel, 2003, 2008 ; Trudel, Ravart & Aubin, 1995 ; Trudel, Aubin & Matte, 1995 ; Trudel, Aubin & Ravart, 1996 ; Trudel, Fortin & Matte, 1997 ; Ravart et al., 1996) qui implique plusieurs dimensions, notamment les dimensions cognitive (par exemple les idées et fantasmes sexuels), interpersonnelle et relationnelle (par exemple le fonctionnement conjugal), comportementale (par exemple avoir un répertoire sexuel diversifié ou restreint) et biologique. Chacune de ces dimensions a fait l'objet d'études qui confirment la complexité et le caractère multidimensionnel du phénomène. En général, on peut définir le désir sexuel par la présence de fantasmes, de facteurs cognitifs, interpersonnels, sexuels, comportementaux, biologiques et hormonaux qui, réunis, favorisent l'apparition du désir d'avoir des activités sexuelles. Dans certaines circonstances, ces facteurs favorisent son expression de façon dyadique ou individuelle (Trudel, 2003, 2008). Le désir sexuel peut être considéré comme l'envie de s'engager dans des interactions à caractère sexuel (Diamond, 2004).

Tout au long de la vie, le désir évolue, mais on s'accorde généralement pour dire qu'il diminue avec l'augmentation de l'âge. Malgré cela, une étude (Trudel, en cours) auprès d'un échantillon représentatif de Québécois âgés 65 ans et plus montre que le désir sexuel (avec une intensité moindre), la fréquence souhaitée des activités sexuelles (un paramètre bien connu du désir) et les idées sexuelles sont toujours présents chez la majorité d'entre eux, même si d'autres paramètres de l'activité sexuelle sont en baisse.

Définir et diagnostiquer un désir sexuel hypoactif

Les recherches actuelles dans le domaine indiquent que le désir sexuel hypoactif est la dysfonction sexuelle la plus fréquente et que ce trouble toucherait, en fonction de l'âge et de critères de sévérité, entre 10 et 60 % des femmes (Hawton et al., 1991 ; Spector & Carey, 1990 ; Trudel, 2003 ; Hayes et al., 2007; West et al., 2008). Mentionnons que ce problème a déjà fait l'objet d'études surtout chez les femmes, mais qu'il se rencontre également, quoique plus rarement, chez les hommes (Trudel, 2003). En fait, certains auteurs (Trudel, 2003, 2008) suggèrent que les hommes consulteraient de plus en plus pour ce problème sexuel, peut-être parce que les femmes d'aujourd'hui n'accepteraient pas un homme sans désir sexuel. Peut-être le phénomène a-t-il toujours existé, mais

que les hommes osent en parler seulement depuis peu. De plus, nombre de cliniciens rapportent un pourcentage important de demandes de consultation pour ce trouble parallèlement aux autres motifs de consultation sexologique (Spector & Carey, 1990 ; Kaplan, 1995). Quant à la définition du désir sexuel hypoactif, il reste toujours judicieux, malgré ses limites, de se référer au DSM-IV-R (mentionnons ici que dans la version française, *hypoactive sexual desire* est traduit par « baisse du désir sexuel »).

Définition du désir sexuel hypoactif (baisse du désir sexuel) dans le DSM-IV-R

« a) Une déficience ou une absence de fantaisies sexuelles et de désir pour les activités sexuelles. Le jugement sur cette déficience ou cette absence est fait par le clinicien en tenant compte de variables qui affectent le fonctionnement sexuel de la personne comme l'âge et le contexte de vie de la personne ; b) Cette perturbation provoque une détresse importante ou des difficultés interpersonnelles ; c) Cette dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I (à l'exception d'une autre dysfonction sexuelle) et n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une drogue ou à un autre problème de santé. »

On peut encore parler d'une « diminution ou disparition de l'intérêt pour les activités sexuelles » (Trudel, 2003). Trudel (2003), tout autant que le DSM-IV-R, mentionne aussi l'importance d'ajouter la dimension de « souffrance ou de problématique personnelle et/ou interpersonnelle ». Précision indispensable, car s'il n'y a pas d'inconfort au sein du couple, il n'y a pas de raison de l'identifier comme un problème. L'important n'est effectivement pas de se focaliser sur une normalité de la fréquence sexuelle mais plutôt sur la nécessité d'aider le couple à trouver un équilibre entre les désirs affectifs et sexuels de chacun des conjoints. Indépendamment de ce problème de fréquence, certaines mesures comme l'Échelle de désir sexuel (Tremblay & Roussy, 2000) permettent l'évaluation d'un problème de désir sexuel au niveau dyadique ou individuel. Il semblerait par ailleurs qu'il soit beaucoup plus facile pour un partenaire d'atténuer le désir sexuel à long terme que de l'entretenir (Sprecher & Regan, 1998). Mentionnons aussi que Basson et al., (2010) soulignent que l'absence de désir n'est pas synonyme de dysfonction. Certaines circonstances de la vie (par exemple la maladie) peuvent contribuer à réduire ou à faire disparaître le désir. Enfin, mentionnons que l'American Psychiatric Association (2010) propose dans la version de travail du DSM-V une modification substantielle à ce diagnostic en regroupant les problèmes d'intérêt et d'activation sexuels dans un seul diagnostic. Il est vrai que la baisse du désir se produit souvent en co-morbidité avec d'autres difficultés sexuelles (Trudel, Ravart

& Matte, 1993 ; Trudel, 2003, 2008), ainsi qu'avec des symptômes de difficultés psychologiques (Trudel, Landry & Larose, 1997).

Identifier les facteurs contribuant au désir sexuel et au désir sexuel hypoactif

Pour comprendre et évaluer les difficultés liées au désir sexuel hypoactif, il est pertinent d'étudier les facteurs qui l'influencent, c'est-à-dire qui le favorisent ou non (Trudel, 2003, 2008; Trudel, Ravart & Aubin, 1995). Il s'agit d'un phénomène particulièrement complexe qui implique de multiples facteurs que l'on peut regrouper en cinq dimensions : (*i*) dimension cognitive (par exemple créer des idées et fantasmes sexuels) ; (*ii*) dimension comportementale et sexuelle (par exemple avoir un fonctionnement corporel et sexuel diversifié) ; (*iii*) dimension émotive (par exemple éprouver des émotions agréables en lien avec la sexualité) ; (*iv*) dimension biologique et physiologique (par exemple être en bonne santé, avoir des niveaux d'hormone adéquats) ; (*v*) dimension environnementale, interpersonnelle et relationnelle (par exemple s'épanouir dans sa relation conjugale). Chacune de ces dimensions a fait l'objet d'études qui confirment le caractère multidimensionnel du phénomène. Ces dimensions interagissent continuellement de façon à augmenter ou réduire le désir.

Cas clinique

Illustration du caractère multifactoriel du désir sexuel hypoactif au sein d'un couple

Illustrons notre propos par la situation de Mathieu et Isabelle. Juste après son premier accouchement, Isabelle subit une série de fluctuations hormonales et de modifications physiologiques *[dimension biologique]* qui vont contribuer à modifier son humeur et son apparence physique. Cela entraîne une baisse de l'estime de soi et une diminution de l'intérêt pour la sexualité chez Isabelle. Contrairement à ce qui se passe pour d'autres femmes, l'activité sexuelle ne reprend pas ensuite. Il faut dire qu'ils vivent dans un deux-pièces et que le bébé dort dans leur chambre. Isabelle est continuellement à l'écoute de la moindre réaction du bébé *[dimension environnementale]*. Après un an d'abstinence et de patience, Mathieu se retrouve en situation de manque sexuel et de grande frustration. Il réagit alors en se montrant trop empressé, insistant et harcelant *[dimension environnementale]*. En réaction, son épouse se sent accablée et oppressée. Elle éprouve des émotions de colère et de dégoût, mais aussi de culpabilité *[dimension émotive]*. Aussi, parfois elle songe qu'il faut bien « y passer » de temps en temps. Elle pense qu'elle est obligée de le faire sinon son

mari la quittera pour une autre. Elle se dit que finalement le sexe est devenu une corvée désagréable *[dimension cognitive]*. Aussi se force-t-elle à faire l'amour alors qu'elle ne le souhaite pas. Et comme c'est plutôt une expérience désagréable, elle va s'arranger pour diminuer les interactions affectives pouvant mener à la sexualité *[dimension comportementale et sexuelle]* et finira par penser de moins en moins souvent à la sexualité. Son organisme produira alors moins de testostérone *[dimension biologique]* car il est moins stimulé par des fantasmes érotiques *[dimension cognitive]*, et la boucle se referme. Le cercle vicieux de la baisse du désir sexuel est en place.

Sans base normative, la définition du désir sexuel hypoactif laisse une grande place à la subjectivité du clinicien. L'évaluation de ce problème pourra s'appuyer sur les différents facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif permettant un travail sexothérapeutique adapté aux problématiques précises des patients. Nous les présenterons à travers les cinq dimensions.

Dimension cognitive

Diverses études indiquent que les personnes souffrant d'une dysfonction sexuelle portent davantage leur attention sur des pensées intrusives durant leurs activités sexuelles. Les pensées négatives ont fréquemment des répercussions sur l'éveil du désir sexuel. Les cognitions sexuelles qui dévalorisent la sexualité peuvent diminuer l'intérêt pour l'activité sexuelle. Des fausses croyances en rapport avec la sexualité et des mythes sexuels (par exemple, l'activité sexuelle implique toujours le coït ou doit se terminer obligatoirement par un orgasme) peuvent transformer une activité agréable en une activité exigeante, obligatoirement performante, et compliquer l'expression du désir sexuel. Des croyances, très répandues actuellement à travers les médias, qui exigent que l'activité sexuelle rencontre toujours des standards très élevés de performance, sont susceptibles de provoquer un malaise étant donné que la réalité sexuelle est souvent bien différente de ces objectifs excessifs (Baker, 2005 ; Trudel, 2003). De façon plus générale, la présence de « je dois » et de « il faut » à propos de l'activité sexuelle nuit au désir sexuel en augmentant l'angoisse de performance (Trudel, 2003). Des idées inappropriées sur l'amour comme croire qu'un(e) conjoint(e) qui refuse une proposition sexuelle ne nous aime pas, des croyances défensives ou anxieuses sur l'intimité affective et sexuelle qui associent celle-ci à une perte d'autonomie, de pouvoir ou à des risques éventuels de déception sont aussi susceptibles d'affecter le désir sexuel (Trudel, 2003). Des idées négatives sur son schéma corporel, sur son apparence physique et sur la perception que l'on a de soi-même dans le contexte

d'une interaction sexuelle peuvent encore compliquer l'expression du désir sexuel (Weaver & Byers, 2006).

Dimension comportementale et sexuelle

La manière d'interagir sexuellement influence le plaisir et détermine plusieurs paramètres de l'activité sexuelle (Trudel, Aubin & Matte, 1995). Des couples ont tendance à répéter les mêmes scénarios d'activités sexuelles, à utiliser toujours les mêmes positions. Cette stéréotypie provoque éventuellement une perte d'intérêt pour les activités sexuelles et une diminution du désir sexuel. Effectivement, on observe souvent, au sein des couples présentant un désir sexuel hypoactif, un répertoire sexuel plus restreint et une appréciation moins positive des comportements sexuels (Trudel, 2003, 2008). On peut observer de véritables stratégies d'évitement des rapprochements sexuels (McCarthy, 1984 ; Trudel et al., 2000 ; Schover & LoPiccolo, 1982) et/ou l'inverse, l'acceptation de relations sexuelles sans désir sexuel (Stuart et al., 1987).

Dimension émotive

Beaucoup de difficultés sexuelles, et le désir sexuel hypoactif ne fait pas exception, sont liées à une gestion émotionnelle dysfonctionnelle. Plusieurs recherches récentes ont rapporté un lien entre les pensées, les cognitions et les réactions sexuelles. Des sentiments comme la tristesse, la colère, la culpabilité, le dégoût, la peur ou l'anxiété, ainsi que la peur de l'intimité ont des répercussions non négligeables sur le niveau de désir sexuel.

Dimension biologique et physiologique

Les facteurs physiologiques (condition hormonale, suites d'une lésion neurologique, chirurgicale, d'une maladie physique ou mentale, d'une maladie iatrogène, etc.) ne sont pas à prendre isolément. La nature multifactorielle du désir sexuel hypoactif explique ses répercussions multiples. Même si l'origine de la difficulté sexuelle est physiologique, celle-ci aura inévitablement des répercussions sur les cognitions, les émotions, les comportements ainsi que sur l'environnement. Inversement, même si au départ la personne ne présente aucun problème physiologique, l'absence de vie sexuelle durant une longue période pourrait entraîner des changements physiologiques aggravant les choses.

Dimension environnementale, interpersonnelle et relationnelle

Plusieurs études confirment la présence de difficultés conjugales et relationnelles associées à un désir sexuel hypoactif. Un environnement conjugal en

détresse pourra entraîner la baisse du désir. Une étude effectuée par Trudel, Boulos et Matte (1993) indique que, lorsqu'on compare des couples avec ou sans baisse de désir, on observe des différences significatives à l'Échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1978) (voir références dans l'annexe à la fin de cet ouvrage). Dans une autre recherche sur le traitement d'un désir sexuel hypoactif (Trudel et al., 2001), les femmes souffrant de ce problème considéraient les facteurs conjugaux comme une des principales causes de leur baisse du désir. Par ailleurs, le désir sexuel hypoactif engendre lui-même ou aggrave des problèmes conjugaux. En outre, l'interaction avec notre environnement social peut aussi contribuer à la présence de difficultés sexuelles. Le fait de grandir ou d'évoluer dans un environnement familial ou une société peu permissive sur le plan sexuel peut aussi influencer le désir sexuel à la baisse. Dans la société actuelle, la documentation sur la sexualité tend à mettre l'accent sur la performance sexuelle « de très haut niveau » et à la considérer comme la norme. Cela peut aussi être un facteur qui nuit à l'activité sexuelle et au désir (Trudel, 2003). Finalement, des conditions de vie précaires, un logement exigu ou un contexte religieux extrémiste contribuent également à des problèmes de désir sexuel.

Études sur les facteurs influençant le désir sexuel et ses variations

L'identification de la plupart des variables ci-dessus influençant le désir découle d'observations cliniques ou empiriques. Au Laboratoire sur le couple et la sexualité de l'université du Québec à Montréal, nous avons tenté de faire la synthèse de ces études en réalisant une étude globale sur les facteurs associés au désir sexuel dyadique. En procédant dans une première étape à une méta-analyse sur les études portant sur les facteurs influençant le désir sexuel, nous avons mis en évidence des facteurs importants. Dans une deuxième étape, nous avons développé un questionnaire fondé sur ces facteurs. Dans une troisième étape, le questionnaire fut administré à des hommes et des femmes de la population générale dont l'âge variait entre 18 et 45 ans. Les résultats (Fréchette, 2010) indiquent que quatre facteurs principaux influencent le niveau de désir sexuel dyadique : les habiletés de communication avec le partenaire, les stratégies positives de résolution de conflits conjugaux, l'ajustement sexuel et la permissivité sexuelle. À l'encontre de la croyance générale, peu de différences dans ces facteurs sont trouvées entre les hommes et les femmes, cette étude indiquant davantage de similitudes entre les sexes. Cependant, un bon ajustement sexuel est davantage associé au désir sexuel féminin que masculin. Cette étude confirme l'aspect multifactoriel du désir sexuel mais ne confirme pas l'hypothèse de différences importantes entre les femmes et les hommes, tout du moins chez des sujets non cliniques.

Modèle explicatif du développement du désir sexuel hypoactif

Trudel (2003) suggère un modèle pour expliquer le développement de ce problème sexuel. Suivant ce modèle, pour plusieurs raisons découlant de facteurs à long terme ou à court terme, le sujet développe un malaise lié à l'activité sexuelle ou à divers aspects liés directement au fonctionnement sexuel, comme la relation conjugale, des croyances inappropriées, etc. Une conception négative de la sexualité se développe. L'évitement de l'activité sexuelle de plus en plus associé à un malaise se produit. La diminution du malaise découlant de l'évitement maintient et encourage l'évitement subséquent des activités sexuelles suivant le principe bien connu du renforcement négatif (l'évitement est renforcé par l'élimination d'une situation négative). Le problème sexuel se perpétue et est maintenu par ce processus d'évitement, ce dernier peut prendre diverses formes. Par exemple, il se fait dans des excès au niveau d'autres activités comme le travail qui peut provoquer de la fatigue et aggraver la situation au niveau du désir sexuel.

Traitement cognitivo-comportemental du désir sexuel hypoactif

Le repérage des facteurs à l'origine d'un désir sexuel hypoactif et de son maintien permet au clinicien d'apporter un traitement ciblé et personnalisé pour chaque patient ou couple de patients. Nous vous proposons, dans leurs grandes lignes, diverses stratégies cognitivo-comportementales pour traiter ce problème.

Prise de conscience des stratégies d'évitement

Dans un cas de désir sexuel hypoactif chez la femme par exemple, afin de briser le cercle vicieux de l'évitement par la femme et du rejet vécu par l'homme, le sexologue clinicien peut utiliser deux méthodes d'action.

Cas clinique

Illustration du cercle vicieux de l'évitement

Justine a 32 ans et consulte pour un problème de désir sexuel. Elle reconnaît que son compagnon a raison de se plaindre. Ils ne font l'amour en moyenne qu'une fois par mois. Elle estime, elle-même, que c'est trop peu pour un jeune couple qui s'aime. En effectuant une analyse fonctionnelle de sa sexualité, on découvre son processus d'évitement. L'évitement est souvent une notion clé dans la baisse du désir sexuel. Tout d'abord, Justine

fait de l'évitement cognitif, elle le reconnaît en disant : « Mon compagnon y pense tout le temps, moi jamais ! » Involontairement, elle s'arrange pour ne pratiquement jamais penser à la sexualité. Si une petite pensée surgit durant la journée (par exemple en entendant une collègue de travail raconter une anecdote coquine), elle chasse immédiatement la pensée érotique qui apparaît. Cela s'explique du fait que les rares pensées sexuelles qui traversent l'esprit de Justine sont suivies d'émotions désagréables : sentiment de culpabilité de ne pas satisfaire son conjoint, souffrance de ne pas être « normale » ou dégoût en songeant à la corvée que ce sera. Pour toutes sortes de raisons liées à des facteurs à long terme ou plus récents, Justine a fini par ressentir un malaise profond par rapport à l'activité sexuelle. Elle développe une conception négative de la sexualité qui la bloque dans l'apparition ou le développement de fantasmes et fantaisies érotiques. L'évitement n'est pas que cognitif, mais aussi comportemental. De manière consciente et inconsciente, Justine s'arrange pour esquiver toute situation favorable à la sexualité avec son compagnon. Elle traîne le soir devant la télévision pour aller le plus tard possible dans le lit. Elle se lève immédiatement le matin pour ne pas rester auprès de son partenaire. Lorsque son compagnon essaie de la toucher, ce n'est jamais le bon moment. Justine trouve toujours une excuse : elle est fatiguée, elle est chatouilleuse, elle a du travail à terminer, elle n'est pas de bonne humeur. Elle ne prodigue plus de geste de tendresse vis-à-vis de son partenaire car elle craint qu'il en profite pour lui « sauter dessus ». Les soirées et les week-ends sont remplis d'activités multiples : rangement de la maison, réception chez des amis, visite chez les parents. Cet évitement entraîne plusieurs conséquences : disparition de l'intimité et de la tendresse dans le couple ; augmentation des disputes liées aux remarques désagréables du compagnon délaissé. Justine se persuade ainsi que le sexe est « négatif ». En effet, chaque fois qu'elle est sollicitée, elle angoisse et se sent mal. Mais chaque fois le comportement d'évitement lui apporte un bref bien-être et elle se sent soulagée d'y avoir « échappé ». Enfin, Justine procède à de la procrastination, reportant chaque fois au lendemain le moment de faire l'amour.

La première option consiste à préconiser l'arrêt de toute forme de sexualité pendant un certain temps (qui n'est pas fixé précisément). Cette injonction paradoxale (arrêter une activité qui est déjà presque inexistante) permet à la femme de sortir de l'évitement. La femme n'a plus besoin de stratégie pour échapper à quelque chose qui ne se produit plus. Son système défensif s'affaiblit et elle peut baisser la garde. La deuxième étape de cette option consiste à ne plus éviter les rapprochements affectifs. La femme est invitée à ne pas repousser son partenaire si celui-ci l'approche avec des gestes tendres, affectifs ou sensuels. Toutefois, le contrat thérapeutique spécifie que, d'une part, les gestes de

l'homme ne doivent pas être directement sexuels (pas de touchers au niveau des zones érogènes de la femme : sexe, fesses, cuisses, seins, ventre) et que, d'autre part, le geste affectueux doit être « gratuit », c'est-à-dire que pendant quelque temps l'homme ne doit pas espérer que la gestuelle tendre sera « payée » en retour par de la sexualité. Enfin, il est demandé au partenaire de ne pas poursuivre les caresses dans un sens érotique, mais de s'arrêter à un niveau purement affectueux. La femme est aussi encouragée à initier elle-même des gestes de tendresse en ayant l'assurance que l'homme n'en « profitera » pas pour aller plus loin. Lors de la troisième étape, on demande au partenaire concerné par ce problème de ne plus éviter les situations favorables à un rapprochement sexuel. Il est préférable que ce soit la femme elle-même qui initie le premier rapport sexuel qui mettra un terme à la période d'abstinence volontaire. De cette façon, elle peut choisir le moment où elle est prête et dans les meilleures dispositions émotives et cognitives. Il est évident que cette stratégie ne fonctionne que si le sexothérapeute peut convaincre le partenaire de participer au processus. Pour cela, on peut lui faire comprendre qu'il est contre-productif de continuer à mettre une pression sexuelle sur sa partenaire et que c'est humiliant et désagréable pour lui de se faire continuellement rejeter. Il est possible que le partenaire dise avoir déjà essayé sans succès de ne plus la solliciter et que cela n'a pas fonctionné. Il est bon de lui préciser que cette fois le contexte est différent, car il y a une prise en charge thérapeutique.

La seconde option, telle que présentée dans le programme de traitement de McCarthy (1984), est de conseiller aux patients de se placer volontairement en situation sexuelle ou périsexuelle d'inconfort pour déceler tous les éléments induisant la stratégie d'évitement. Il s'agit d'une exposition pure et simple à la situation sexuelle. Dans ce programme de traitement, il est suggéré que le sexologue propose au sujet ayant un désir sexuel hypoactif ou au couple de construire des scénarios sexuels réalistes qu'ils pourraient mettre en application à l'occasion. On peut aussi diriger le couple vers une sorte de négociation homme-femme: l'homme par exemple accepte une fréquence sexuelle plutôt basse mais en échange les interactions sexuelles sont plus variées et fantaisistes. Autrement dit, ils échangent la quantité pour la qualité.

Restructuration cognitive

Afin de corriger les connaissances erronées sur la sexualité, le sexologue clinicien peut, d'une part, prodiguer une forme d'éducation sexuelle et, d'autre part, effectuer des restructurations cognitives pour modifier les pensées dysfonctionnelles. Déjà, dans le programme de traitement du désir sexuel hypoactif de LoPiccolo (1980) étaient incluses l'information et l'éducation sexuelles. Trudel (2003) propose également dans

son protocole d'informer les couples sur les différentes étapes de l'activité sexuelle, incluant le désir sexuel avec ses mécanismes et le rôle de ses fausses croyances. De plus, le sexologue clinicien peut aider le patient ou le couple à relativiser la place de ce qu'il perçoit comme des normes sociales contraignantes en termes de sexualité, comme des exigences de performance trop élevées. Le professionnel peut l'inviter à se créer son propre système normatif où il établirait lui-même ce qui est acceptable ou souhaitable sur le plan sexuel en lien avec son couple. Le sujet peut apprendre à mettre de la distance par rapport aux normes sociales. Généralement, au fur et à mesure des consultations, le sexologue peut détecter les fausses croyances qui minent les relations affective, relationnelle et sexuelle de son patient ou du couple. Ainsi, progressivement, il pourra recadrer l'ensemble des représentations erronées construites sur la base des normes sociales. Une liste de mythes sociaux en rapport avec la sexualité peut également être apportée par le sexologue pour ensuite en discuter avec la patiente accompagnée ou non de son conjoint (Ravart, Trudel, & Aubin, 2003).

Liste de fausses croyances (exemples tirés de l'ouvrage de Trudel, 2003)

- Tout contact physique intime doit absolument aboutir à l'acte sexuel.
- La sexualité est synonyme de coït.
- Faire l'amour devrait être un acte non planifié qui vient naturellement et qui se produit spontanément.
- L'activité sexuelle doit conduire à l'orgasme.
- L'homme est l'expert en matière de sexualité.
- La seule façon de montrer son amour est la sexualité.
- Il faut autant que possible avoir une belle apparence physique afin d'éveiller le désir de l'autre et avoir une bonne relation sexuelle.
- Des croyances obsessionnelles et rigides en matière de sexualité augmentent l'anxiété sexuelle : « je dois » avoir un orgasme à chaque activité sexuelle ; « il faut » que l'activité sexuelle soit parfaitement réussie à chaque fois.
- Si je me donne sexuellement, je risque d'avoir une déception.
- Etc.

Également, il est fréquemment nécessaire de travailler avec les patients sur leur image corporelle. Cependant, se (ré)approprier une image corporelle positive est probablement la restructuration cognitive la plus difficile à réaliser. Les patients qui ont une perception négative d'eux-mêmes éprouvent beaucoup de difficultés à changer d'opinion à ce sujet. Même si la majorité des personnes de leur entourage leur font des compliments, ces personnes seront portées à négliger ces commentaires positifs. En revanche, elles donneront immédiatement beaucoup de poids aux quelques rares critiques négatives sur leur apparence

physique. Dans certains cas, il est possible d'améliorer la situation en encourageant les patients à agir directement sur l'apparence physique (suivi diététique, activité physique, *relooking*, interventions esthétiques, etc.). Dans ce sens, Wiederman & Hurst (1997) nous rapportent que plus une femme s'investit, sans que cela ne devienne obsessionnel, dans son apparence physique, plus elle aura le sentiment d'accroître son attractivité physique et se sentira désirable. Mentionnons aussi qu'il est maintenant de plus en plus fréquent pour l'homme de recourir à de telles interventions. Mais dans d'autres cas, on peut pratiquement poser le diagnostic de dysmorphophobie – trouble de l'image corporelle où le sujet a la crainte (phobie) obsédante d'un défaut physique (qui n'est pas fondé). En effet, bien que présentant une apparence physique objectivement conforme aux critères esthétiques contemporains, une personne est intimement convaincue d'être laide. Dans ce cas, le pronostic n'est guère favorable. De plus, les études menées sur des femmes ayant des troubles alimentaires par exemple (Benninghoven et al., 2007) sont peu encourageantes. Une façon détournée d'intervenir dans le cas d'image corporelle négative est d'utiliser la focalisation sur les sensations de la façon suivante : pendant qu'une personne fixe son attention sur son plaisir et celui de son partenaire, elle oublie de penser à ses présumés défauts physiques. Il est également possible de contourner le problème de la perception négative de l'apparence physique en développant la compétence sexuelle des patients ou du couple. Par exemple, au lieu d'être juste « objet de désir », la femme devient « actrice de désir ». Elle se focalise sur sa façon de faire l'amour, sur ses comportements et ceux de son partenaire plutôt qu'exclusivement sur sa vision d'elle-même.

Entraînement à la perception des réactions physiologiques du désir sexuel et à l'amélioration du fonctionnement sexuel

Étant donné que l'éveil du désir sexuel se manifeste par des sensations d'abord discrètes telles qu'une chaleur diffuse dans le corps, une légère tachycardie, des fourmillements dans le ventre, des picotements dans la zone génitale, etc., il est primordial de consacrer plusieurs consultations sexologiques à l'entraînement de la perception des réactions physiologiques du désir sexuel. Dans un premier temps, on peut fournir une liste descriptive des sensations corporelles associées au désir. Ensuite, on peut conseiller au patient d'être davantage à l'écoute de son corps. La technique de perception s'acquiert au cours d'une séance de relaxation. Toutes les méthodes (sophrologie, Jacobson, Schultz, etc.) sont valables si elles mènent à une prise de conscience de son corps par le patient. Les exercices sexo-corporels (Desjardins, 1986) de concentration sur la

respiration abdominale ou le mouvement du bassin qui permettent spécifiquement de mieux percevoir ses réactions physiologiques sexuelles sont aussi pertinents. Si les patients se disent submergés par des pensées parasites les empêchant de se concentrer sur les sensations, la technique de l'arrêt de la pensée de Cautela (1970) peut être utilisée. Il s'agit de proposer au patient de visualiser mentalement un STOP avant de (ré) orienter ses pensées vers les stimuli sensuels et/ou sexuels.

Manifestation du désir sexuel chez la femme et l'homme

Quelques exemples repris du rapport Hite (1976) sur le désir sexuel féminin

- « C'est un peu comme un épanouissement : une chaleur fourmillante, une impression de plénitude, de moiteur, d'énergie. »
- « Une sensation de bien-être. Je rayonne, comme si je naissais progressivement à la vie. »
- « Une accélération de toutes mes sensations. »
- « Une impatience, une attraction irrésistible. »
- « Heureuse, joyeuse, brûlante. »
- « Une concentration de l'attention, tandis que le temps s'arrête... le corps est en alerte, il attend. »
- Etc.

Manifestations du désir sexuel chez l'homme

- Idées ou fantasme sexuels.
- Apparition de réactions physiques au niveau non génital et génital.
- Perception de sensations indiquant l'augmentation de la tension sexuelle.
- Impression grandissante de l'urgence d'avoir une activité sexuelle
- Etc.

Dans une étude sur le traitement de la baisse de désir, Trudel (Trudel et al. 2001; Trudel, 2003, 2008) trouve qu'une des stratégies que les sujets de cette étude ont jugée la plus utile consiste dans la méthode de *sensate focus* de Masters et Johnson (1971). Ces exercices ont notamment comme avantage de permettre à chaque membre du couple d'être à l'écoute de son corps, de faire des exercices qui progresseront vers la dimension coïtale, absente au début. Ils autorisent en outre l'introduction, dans l'activité sexuelle du couple, du plaisir sans contrainte de performance et ainsi la réduction de l'anxiété et des malaises liés à la sexualité ; le sujet apprend à recevoir du plaisir, à être à l'écoute du plaisir de l'autre, etc. Il n'est donc pas étonnant que ces exercices rendent plus positive la perception de l'activité sexuelle et agissent ainsi positivement sur le désir. D'autres exercices comme celui intitulé « Devenir un couple sexuel » (Trudel, 2003) vont également dans cette direction. De façon générale, comme les études indiquent que d'autres problèmes sexuels, tels que la réduction de la satisfaction

sexuelle et la stéréotypie sexuelle, sont souvent en co-morbidité avec le désir sexuel hypoactif (Trudel, Ravart & Matte, 1993 ; Trudel, Fortin & Matte, 1997 ; Trudel, Ravart, Fortin & Boulos, 1993 ; Trudel, Aubin & Matte, 1995), il est souvent essentiel, pour traiter le désir sexuel hypoactif, d'évaluer et traiter d'abord le fonctionnement sexuel plus global incluant les difficultés sexuelles associées.

Entraînement à la communication

Le développement de la communication sexuelle paraît capital pour beaucoup de couples dont un des membres souffre d'un désir sexuel hypoactif. En thérapie, il est possible de développer cette habileté, en recommandant aux sujets de s'exprimer par des messages débutant par « je » ; ainsi, chaque membre du couple prend la responsabilité de ce qu'il dit, rapporte ses propos à lui-même, sans généralisation ni exagération. Parler de soi plutôt que de l'autre est une manière simple et efficace de faire des propositions, de donner des informations ou de répondre à des demandes. Un entraînement à l'expression de soi et à l'écoute active (Beaudry & Boisvert, 1988 ; Wright, 1985), ainsi que des exercices visant à apprendre des règles à suivre lors de l'expression de sentiments négatifs (Trudel, Aubin & Ravart, 2003a) semblent très judicieux. La communication non verbale par les gestes, les attitudes et les regards est également très efficace. Il est possible de prendre une main et de la déplacer délicatement sans risquer de froisser son partenaire et sans se laisser imposer une caresse désagréable. De plus, il est bon d'insister sur l'impact positif de communiquer sur ce qui va bien. La communication sexuelle, verbale ou non verbale, pourra être plus profonde et constructive si la place faite à l'expression des moments et des sujets agréables est égale à celle accordée aux moments et sujets difficiles. Le piège, c'est de penser que ce qui ne pose pas de problème ne mérite pas d'être dit. Il est très important de savoir donner et recevoir des mots tendres, des remarques valorisantes et de ne pas minimiser les « caresses positives ». Plus un couple consacrera du temps pour parler de ce qui va bien, plus il lui sera facile de parler de ce qui va mal. Si un couple ne communique que sur les difficultés, celui qui entend le mécontentement exprimé par son partenaire risque d'adopter une attitude défensive pouvant aller jusqu'au retrait, à la coupure, voire à l'arrêt de toute communication.

Entraînement aux fantasmes sexuels

Les fantasmes sexuels, le développement d'un imaginaire érotique et l'attitude positive par rapport aux fantasmes peuvent contribuer à stimuler de façon générale la sexualité, à favoriser le désir, ainsi que l'excitation et l'orgasme. Les études tendent à indiquer que l'utilisation

fréquente de fantasmes sexuels favorise largement le désir sexuel (Hubin et al., 2008 ; Hubin et al.). Jones et Barlow (1990) ont montré que les fantasmes sexuels peuvent être générés de l'intérieur, inspirés par quelque chose que l'on lit ou que l'on voit, ou encore par les deux à la fois. Parmi les sources de fantasmes sexuels, la littérature érotique s'avère très efficace pour les femmes ayant un désir sexuel hypoactif (Hubin et al.). Ainsi, le clinicien peut conseiller à ses patients de lire des ouvrages érotiques, ce qui leur permettra d'acquérir un répertoire fantasmatique ou de l'enrichir. De cette manière, ils pourront davantage connaître les contenus érogènes qui les font plus particulièrement réagir. De plus, la lecture de ce type d'ouvrage permettra aux patients d'arriver à un état d'esprit propice à la montée du désir sexuel ou suscitera directement du désir. La détente associée à la lecture pourra favoriser la disponibilité psychique pour un moment d'intimité sexuelle. Cette démarche thérapeutique aura également comme effet d'orienter les pensées vers des cognitions sensuelles et érotiques. Il s'agit en quelque sorte d'établir des préliminaires mentaux qui, après quelque temps et après un travail thérapeutique en parallèle, pourront apparaître sans le support des lectures érotiques.

Une étude de Trudel (Trudel et al., 2001 ; Trudelet al., 2003b ; Trudel, 2008) expérimente une méthode détaillée pour favoriser le développement des fantasmes. On donne au patient une information sur les divers types de fantasme et les fonctions du fantasme dans l'activité sexuelle. Après consultation de ces documents de sources diverses, le sujet commence par trouver les fantasmes qu'il juge particulièrement excitants. Il visualise les fantasmes en débutant par ceux qui ne lui causent pas trop de malaise et en allant progressivement vers les plus osés. S'il ressent de l'anxiété, des stratégies utilisées dans le traitement des troubles anxieux peuvent être appliquées.

Modification des fonctions périsexologiques inhibantes

Il est très fréquent d'entendre les patientes avec un désir sexuel hypoactif témoigner d'une fatigue importante réduisant l'énergie nécessaire pour s'investir dans des moments d'intimité sexuelle. Nous observons, dans la plupart des cas, un surinvestissement dans les secteurs extrasexuels. Pour stimuler la réflexion, dans un dialogue socratique, nous commençons par rechercher avec le patient quelles sont ses priorités dans la vie. Souvent, on constate alors que la sexualité est très loin derrière d'autres activités qui finalement ne sont peut-être pas aussi importantes pour la qualité de sa vie de couple (avoir une maison toujours impeccable, se concentrer sur le travail, regarder des séries télévisées, etc.). On pourra aussi utiliser l'injonction paradoxale et suggérer que

la sexualité, ce n'est finalement pas important, que l'on peut très bien vivre sans sexualité et que le plus logique est certainement de laisser son mari ou son épouse libre de se défouler sexuellement avec une autre personne qui aime ça. La personne réfutera peut-être elle-même ces arguments et choisira éventuellement de réinvestir dans la sphère sensuelle et érotique de son couple.

Chez de tels patients, on peut observer un manque de motivation semblable pour les activités de couple: il y a peu d'activités conjugales, affectives, sensuelles et sexuelles. Il est important de développer une vie de couple qui possède un contenu et, en bout de ligne, un sens qui la fait dépasser la relation superficielle. Cependant, l'inverse, c'est-à-dire le cas du couple trop fusionnel, peut également comporter des difficultés. En effet, les conjoints qui sont continuellement « collés » ensemble peuvent avoir, paradoxalement, très peu de comportements intimes comme des caresses, des massages ou des baisers, de même que des relations sexuelles. Ils parlent souvent à deux, mais rarement de sujets vraiment intimes. Ils peuvent ne plus avoir de véritable vie affective et sexuelle. Un couple qui souhaite entretenir le désir sexuel a tout avantage à entretenir les points communs, à développer autant que possible la complicité, l'intimité affective permettant une vie sexuelle épanouie. Cependant, pour mieux apprécier l'autre, il importe de le laisser développer ses intérêts tout en maintenant un certain équilibre entre la proximité et la distance en fonction du temps, des limites et des besoins de chacun. Malgré la difficulté de certaines personnes à bien vivre la distance (Larose, 1990), l'érotisation de la distance permettant de se laisser aller à des pensées érotiques concernant le retour de l'autre, est importante (Chatton et al., 2005). Ainsi, après avoir analysé les besoins fusionnels du couple, il est intéressant pour le thérapeute d'expérimenter le continuum fusion et défusion et les émotions que cela suscite. Cela peut se faire notamment par des exercices de distanciation. Chaque membre du couple peut visualiser son partenaire à proximité, puis imaginer qu'il s'éloigne pour quelque temps. Lorsqu'il est symboliquement parti, on invite l'autre à visualiser son retour et le plaisir émotif ou physique (et éventuellement sensuel) que cela peut apporter. Par la suite, le couple peut expérimenter dans la réalité des modifications de comportements, c'est-à-dire alterner les rapprochements intimes (sexuels et non sexuels) avec des prises de distance où chacun se retrouve dans son propre univers social, professionnel ou ludique et sportif. Le couple peut être amené à s'entendre sur des activités précises qu'il aimerait faire ensemble et sur des activités que chacun pourrait faire séparément, en tenant compte du temps disponible.

En plus de fréquents problèmes de couple qui découlent des fonctions périsexologiques, le thérapeute peut avoir aussi à traiter d'autres problèmes psychologiques. Il peut s'agir de troubles obsessionnels

compulsifs d'hygiène corporelle et d'entretien de la maison, l'anxiété, des problématiques dépressives ou anxio-dépressives, des troubles de personnalité favorisant notamment la dépendance, etc., qui peuvent avoir un impact sur le désir ou sur le fonctionnement conjugal associé au désir. Les techniques habituellement utilisées en psychothérapie cognitivo-comportementale s'appliqueront alors. Le clinicien proposera une confrontation progressive à la situation anxiogène, permettant à la personne de prendre de la distance par rapport à ces éléments ayant un impact négatif sur son désir sexuel.

Données empiriques sur l'efficacité du traitement du désir sexuel hypoactif

Un certain nombre d'études cliniques ont cherché à évaluer les traitements proposés pour le désir sexuel hypoactif. Certaines d'entre elles sont fondées sur des données cliniques obtenues à partir d'un nombre plus ou moins grand de sujets, mais très peu ont utilisé un protocole expérimental qui impliquait également un suivi à long terme des sujets. Ces études ont souvent permis de valider des stratégies d'intervention efficaces pour le traitement du désir sexuel hypoactif (Trudel, Ravart & Aubin, 1996a, 1996b). Une des rares études utilisant un groupe de comparaison de sujets non traités et des relances à long terme fut effectuée par Trudel et al. (2001). Plus tard, Trudel (2003) a décrit en détail le protocole de traitement suivi dans cette étude. Des séances d'information combinées à des techniques visant à améliorer le fonctionnement conjugal (par exemple l'entraînement à la communication), le fonctionnement cognitif (par exemple la restructuration cognitive, l'entraînement aux fantasmes) et le fonctionnement sexuel (par exemple le *sensate focus*, « devenir un couple sexuel ») sont utilisés dans de petits groupes de couples. Les résultats indiquent une bonne efficacité du traitement par rapport au but visé et un résultat qui se manifeste à la fois à court et à long termes. Une autre étude expérimentale récente (Trudel et al., 2008) confirme la possibilité d'augmenter, par la même procédure essentiellement, le désir sexuel chez des couples retraités.

Conclusion

Dans le cas d'un désir sexuel hypoactif, encore plus que pour les autres dysfonctions sexuelles, le clinicien aura tout intérêt, lors de son anamnèse, à repérer l'ensemble des facteurs responsables d'une absence ou d'une diminution du désir sexuel. Cette recherche lui permettra d'exploiter les outils thérapeutiques adaptés aux besoins de chacun de ses patients souffrant de ce trouble.

Références

American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision 4th edition.. Washington, DC : American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2010). *DSM-V* : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, the future manual. Washington, DC : American Psychiatric Press.

Baker, C.N. (2005). Images of women's sexuality in advertisements: a content analysis of black- and white-oriented women's and men's magazines. *Sex Roles*, 52, 13-27.

Basson, R., Wierman, M.E., Van Lankveld, J., & Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 314-326.

Beaudry, M., & Boisvert, J.M. (1988). *Psychologie du couple. Quand la science se met à parler d'amour*. Montréal : éditions du Méridien.

Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., et al.,et al. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: a comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image*, *4*, 51-59.

Cautela, J. (1970). Covert negative reinforcement. *Journal of Behavior Therapy and Experimantal Psychiatry*, *1*, 273.

Chatton, D., Desjardins, J.Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25, p.3-19.

Desjardins, J.Y. (1986). L'approche sexo-corporelle: fondements théoriques et champs d'applications. *Psychothérapies*, *1*, 51-58.

Diamond, L.M. (2004). Emerging perspectives on distinctions between romantic love and sexual desire. *Current Directions in Psychological Science*, 13, p.116-119.

Fréchette, V. (2010). *Étude des déterminants conjugaux et sexuels du désir sexuel dyadique chez des adultes en relation de couple*. Thèse de doctorat inédite, université du Québec, Montréal. Directeur : Gilles Trudel.

Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1991). Low sexual desire: sex therapy results and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, 29, p.217-224.

Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., et al.,et al. (2007). Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*, 87, 107-112.

Hite, S. (1976). *The Hite report*. New York : Mac Millan.

Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C. (2008). L'utilisation de textes érotiques dans l'éveil du désir sexuel féminin. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, supplément Sexologie, 134, 46-49.

Hubin, A., Defeldre, A.C., Reynaert, C., & De Sutter, P., (Soumis). Integrated bibliotherapeutic treatment of heterosexual women with hypoactive sexual desire disorder: evaluation and comparison in a controlled clinical trial.

Jones, J.C., & Barlow, D.H. (1990). Self-reported frequency of sexual urges, fantasies, and masturbatory fantasies in heterosexual males and females. *Archives of Sexual Behavior*, 19, p.269-279.

Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3, 3-9.

Kaplan, H.S. (1995). *The sexual desire disorder: dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York : Brunner-Mazel.

Larose, S. (1990). *À propos de trois composantes du désir sexuel : la distance, l'attraction, la capacité d'anticipation*. Montréal : Inédit présenté au Département de psychologie de l'université du Québec.

Lief, H.I. (1977). What's new in sex research: inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 11, p.94-95.

LoPiccolo L., 1980. Low sexual desire. In S.R. Leiblum, & L.A. Pervin (dir.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 29-64). New York: Guilford Press.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Laffont.

McCarthy, B.W. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *10*, 97-104.

Ravart, M., Trudel, G., & Aubin, S. (2003). Méthodes cognitives dans le traitement de la baisse du désir sexuel. In G., Trudel (Ed.), *La baisse du désir sexuel : méthodes d'évaluation et de traitement* (pp. 147–173). Paris : Masson.

Ravart, M., Trudel, G., Marchand, A., & Turgeon, L. (1996). The efficacy of a cognitive behavioral treatment model for hypoactive sexual desire: an outcome study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *5*, 279-292.

Schover, L.R., & LoPiccolo, J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, p.179-197.

Spanier, G.B. (1978). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, *17*, 55-58.

Spector, I.P., & Carey, M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of empiricial literature. *Archives of Sexual Behavior*, *19*, 389-408.

Sprecher, S., & Regan, P.C. (1998). Passionate and companionate love in courting and young married couples. *Sociological Inquiry*, *68*, 163-185.

Stuart, F.M., Hammond, D., Corydon, P., & Marjorie, A. (1986). Psychological characteristics of women with inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *12*, 108-115.

Tremblay, S., & Roussy, L. (2000). Évaluation psychométrique de l'échelle de désir sexuel. *Science et Comportement*, *28*, 203-222.

Trudel, G. (2003). *La baisse du désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement*. Paris : Masson.

Trudel, G. (2008). *Dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des approches psychologiques interpersonnelle et biologique*. Sainte Foy (Québec) : Presses de l Université du Québec.

Trudel, G. (étude en cours). Enquête sur la santé des aînés, volet couple. Subvention des instituts de recherche en santé du Canada.

Trudel, G., Anderson, A., Villeneuve, V., & Boyer, R. (2008). The effects of marital enhancement program on sexual desire of retired couples. *European Journal of Sexology and Sexual Health*, *17*, 143-151.

Trudel, G., Aubin, S., & Matte, B. (1995). Sexual behaviors and pleasure of couples with hypoactive sexual desire. *Journal of Sex Education and Therapy*, *21*, 210-216.

Trudel, G., Aubin, S., & Ravart, M. (2003a). Utilisation de méthodes conjugales dans le traitement de la baisse du désir sexuel. In G., Trudel (ed.), *La baisse du désir sexuel: méthode d'évaluation et de traitement* (pp. 109–126). Paris : Masson.

Trudel, G., Aubin, S., & Ravart, M. (2003b). Utilisation de l'entraînement aux fantasmes sexuels dans le traitement de la baisse du désir sexuel. In G., Trudel (ed.), *La baisse du désir sexuel: méthode d'évaluation et de traitement* (pp. 174–183). Paris : Masson.

Trudel, G., Boulos, L., & Matte, B. (1993). Dyadic adjustment in couples with hypoactive sexual desire. *Journal of Sex Education and Therapy*, *19*, 31-36.

Trudel, G., Fortin, C., & Matte, B. (1997). Sexual interaction and communication in couples with hypoactive sexual desire. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *26*, 49-53.

Trudel, G., Landry, L., & Larose, Y. (1997). Low sexual desire: the role of anxiety, depression and marital adjustment. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 95-99.

Trudel, G., Marchand, A., Ravart, A., et al. (2001). The effects of cognitive-behavioral group treatment on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 145-164.

Trudel, G., Ravart, M., & Aubin, S. (1995). Hypoactive sexual desire in couples: a cognitive-behavioral perspective. *Sexuality Issues in Counseling and Therapy*, 7, 1-15.

Trudel, G., Ravart, M., & Aubin, S. (1996a). Hypoactive sexual desire in couples: a cognitive behavioral perspective. *Directions in Clinical Psychology*, 7, 1-14.

Trudel, G., Ravart, M., & Aubin, S. (1996b). Hypoactive sexual desire in couples. In G.L., Grief (ed.), *Marriage and family therapy* (pp. 219–240). New York : Hatherley Press.

Trudel, G., Ravart, M., & Matte, B. (1993). The use of the multiaxial diagnostic system for sexual dysfunctions in the assessment of hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *19*, 123-130.

Trudel, G., Ravart, M., Fortin, C., & Boulos, L. (1993). Comparaison de couples avec ou sans problème de désir sexuel. XX[e] Congrès de la European Association of Behaviour Therapy, Paris.

Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 381-406.

Weaver, A., & Byers, S.E. (2006). The relation among body image, body mass index, exercise and sexuality among heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333-339.

West, S.L., D Aloisio, A.A., Agans, R.P., et al. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of Internal Medicine*, *168*, 1441-1449.

Wiederman, M., & Hurst, S. (1997). Physical attractiveness, body image and women's sexual self-schema. *Psychology of Women Quartly*, 21, 567-580.

Wright, J. (1985). *La survie du couple*. Montréal: La Presse.

Chapitre 16

Dysfonction orgasmique chez la femme

Sylvie Aubin

Introduction

Les premiers écrits et études sur le trouble de la dysfonction orgasmique chez la femme ou de l'anorgasmie féminine se situent au début des années 1970 et ont été effectués par Masters et Johnson (1970) et par Kaplan (1974). Masters et Johnson s'avèrent être les pionniers de l'étude de la réponse orgasmique en laboratoire, permettant ainsi l'identification de réponses physiologiques spécifiques à l'orgasme tant sur le plan objectif (par exemple, réactions génitales et de la musculature pelvienne, activation cardiovasculaire, artérielle et respiratoire) que subjectif (par exemple, sentiment d'excitation sexuelle, intensité du plaisir). Ces réponses ont non seulement permis d'établir un cadre référentiel de la réponse orgasmique dite normale chez la femme mais aussi de définir les critères diagnostiques associés aux manifestations dites anormales ou dysfonctionnelles de la réponse orgasmique.

Critères diagnostiques servant à définir la dysfonction orgasmique chez la femme

Suite aux travaux de Masters et Johnson et de Kaplan, la dysfonction orgasmique fut incluse au DSM, ce qui permit de définir la dysfonction orgasmique suivant des critères diagnostiques distincts des autres troubles de la fonction sexuelle, reflétant ainsi une indépendance entre les différentes phases de la réponse sexuelle (c'est-à-dire désir, excitation,

plateau, orgasme, résolution). La plus récente version du DSM-IV-TR (2000) définit ainsi le trouble de l'orgasme chez la femme en fonction de trois critères diagnostiques. Le premier critère stipule qu'il existe un délai ou une absence persistante et récurrente d'orgasme à la suite d'une phase d'excitation sexuelle normale. De plus, tel que proposé par Kaplan (1974), le DSM spécifie que les femmes peuvent présenter une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation conduisant à l'orgasme. Le diagnostic doit donc être fondé sur le jugement du clinicien qui constate que la capacité orgasmique est moindre que ce qu'elle devrait être compte tenu de l'âge, de l'expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle.

Selon le deuxième critère, le trouble orgasmique est à l'origine d'une souffrance marquée chez la femme et peut provoquer des problèmes interpersonnels. Le troisième critère stipule que la dysfonction orgasmique n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I, à l'exception d'une autre dysfonction sexuelle, et qu'elle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu par exemple à abus, d'un médicament ou d'une affection médicale générale.

En plus des trois critères, le clinicien doit également spécifier le type d'anorgasmie (c'est-à-dire primaire ou secondaire, généralisé ou situationnel). Dans l'anorgasmie primaire – de tout temps –, la femme n'a jamais atteint l'orgasme et, dans l'anorgasmie secondaire – ou acquise –, la femme rapporte une incapacité d'atteindre l'orgasme suite à une période de réponse orgasmique normale ou fonctionnelle. De plus, la dysfonction orgasmique peut être généralisée ou situationnelle. Dans l'anorgasmie généralisée, il s'agit d'une incapacité à atteindre l'orgasme, peu importent la source (par exemple, clitoris, vagin), le type (par exemple, pénis, voies manuelles, orales) ou le contexte de stimulation sexuelle (par exemple, avec ou sans partenaire). Dans l'anorgasmie situationnelle, il s'agit d'une incapacité à parvenir à l'orgasme soit en fonction de la source, du type ou du contexte de stimulation. Finalement, le clinicien doit indiquer si la dysfonction est due à des facteurs psychologiques ou à une combinaison de facteurs (DSM-IV-TR, 2000).

Taux d'incidence et de prévalence de l'anorgasmie féminine

Le trouble d'anorgasmie est considéré comme étant l'un des problèmes sexuels féminins le plus fréquent. Laumann et al. (1999) estiment à 24,1 % le taux d'incidence annuel de ce trouble sexuel, comparativement à des taux de prévalence pouvant varier entre 24 % (Hawton, 1982) et 37 % (Renshaw, 1988). Lorsque étudié au sein de populations

cliniques spécifiques, Rosen et Leiblum (1995) rapportent un taux de prévalence de 15,4 % chez les femmes préménopausées et de 34 % chez les femmes postménopausées. Ces auteurs notent également que l'incidence du problème est plus élevée chez les femmes célibataires que chez les femmes mariées ou en cohabitation.

D'autres auteurs ont étudié la prévalence du trouble orgasmique en fonction du contexte et de la source de stimulation. Les résultats ont montré qu'un nombre très restreint de femmes n'aurait jamais atteint l'orgasme que, pour la majorité, l'orgasme serait davantage atteint par la stimulation clitoridienne que coïtale et que l'incapacité d'atteindre l'orgasme serait davantage rapportée lors des activités sexuelles de couple que lors des activités sexuelles solitaires telles que la masturbation (Heiman, 2000 ; Heiman & LoPiccolo, 1988 ; Kaplan 1974, 1989).

Évaluation multimodale TCC des facteurs étiologiques

Les travaux de Masters et Johnson (1970) et de Kaplan (1974), ainsi que les recommandations des membres du DSM, confirment l'importance à considérer non seulement la variabilité de l'orgasme d'une femme à l'autre, mais également à situer l'anorgasmie à l'intérieur d'un contexte plurifactoriel servant à expliquer la présence de ce trouble. Visant à capter la variabilité tant étiologique que symptomatique de ce trouble, l'évaluation TCC préconise une approche multimodale fondée sur la collecte d'informations provenant de l'entrevue clinique et de l'utilisation de questionnaires. L'objectif et le contenu de ces modalités sont décrits plus loin dans ce chapitre.

Entrevue clinique

L'entrevue clinique TCC vise d'abord à évaluer les aspects symptomatiques du trouble orgasmique tant sur le plan diagnostique (par exemple, de tout temps/primaire *versus* acquis/secondaire, situationnel *versus* généralisé), que sur le plan de son évolution et de ses répercussions émotionnelles, cognitives, comportementales et relationnelles (Donahey, 2010). L'entrevue TCC vise également à intégrer dans un tableau clinique les facteurs déclenchants et de maintien de cette dysfonction sexuelle. Le tableau clinique TCC inclut ainsi l'évaluation de trois grandes catégories de facteurs étiologiques, soit les facteurs d'ordre biologique et physique, d'ordre individuel et d'ordre relationnel. De plus, tel que suggéré par les auteurs (Kaplan, 1974 ; Masters & Johnson, 1970 ; Derogatis et al., 1986, 1989 ; Donahey, 2010 ; Heiman, 2000), le trouble orgasmique chez la femme est très souvent issu de facteurs combinés.

Facteurs biologiques et physiques

Sur le plan biologique et physique, deux facteurs ressortent comme pouvant être à la source d'un trouble orgasmique. Le premier est lié à l'état de la musculature périvaginale (Chambless et al., 1984 ; Kline-Graber & Graber, 1976) et le second aux effets secondaires des antidépresseurs (Donahey, 2010 ; Rosen & Leiblum, 1995 ; Segraves & Segraves, 1991). Concernant le premier facteur d'explication, les auteurs observent qu'un mauvais état des muscles périvaginaux peut induire des difficultés à parvenir à l'orgasme, surtout à l'intérieur du contexte de stimulation coïtale (Chambless et al., 1984 ; Kline-Graber & Graber, 1976). Reconnue pour ses effets bénéfiques sur la continence urinaire, la pratique d'exercices de reconditionnement de la musculature périvaginale de Kegel (1952) a non seulement apporté des améliorations sur la continence urinaire mais également conduit à des améliorations de la fonction orgasmique. Il est ainsi possible d'inclure ces exercices dans un programme de traitement (Heiman & LoPiccolo, 1976, 1988).

Liés aux facteurs biologiques et physiques, une série d'études récentes a démontré les effets secondaires néfastes des antidépresseurs tant sur le désir sexuel que sur l'orgasme (Donahey, 2010 ; Rosen & Leiblum, 1995 ; Segraves & Segraves, 1991). Comparativement aux antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, les auteurs spécifient que ceux de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine retardent davantage l'atteinte de l'orgasme et peuvent également en diminuer l'intensité (Donahey, 2010 ; Montejo et al., 2001 ; Moret et al., 2009 ; Williams et al., 2006). Lorsque ce paramètre est identifié comme facteur causal principal du trouble orgasmique, l'indication thérapeutique consiste à substituer l'antidépresseur SSRI ou SNRI par le bupropion (médicament du sevrage tabagique intégré à la classe des antidépresseurs) n'ayant pas d'effet secondaire néfaste sur la fonction orgasmique (Modell et al., 1997).

Bien qu'il existe un manque de recherches étudiant spécifiquement l'impact des conditions médicales sur le trouble orgasmique, il importe, au cours des entretiens, de rechercher d'autres facteurs médicaux et iatrogènes, notamment médicamenteux. Il s'agit en effet d'évaluer l'historique du trouble orgasmique en fonction de la présence d'anomalies dans la structure physique clitoridienne et vaginale, de l'incidence de maladies et des conséquences des traitements (Goldstein et al., 2009).

Facteurs individuels cognitivo-comportementaux et émotionnels

Un premier facteur cognitivo-comportemental susceptible d'être à la source de l'anorgasmie féminine concerne l'éducation sexuelle provenant du contexte familial, religieux ou socioculturel. Les auteurs s'entendent sur les effets négatifs d'un contexte éducationnel strict, rigide

et caractérisé par la répression sexuelle sur le développement de l'anorgasmie chez la femme (Donahey, 2010 ; Masters & Johnson, 1974). Plus spécifiquement, cette répression sexuelle peut se manifester par l'absence d'informations ou par la présence de messages et attitudes très négatives sur la sexualité féminine, surtout en ce qui concerne la masturbation et l'expérimentation sexuelle. De plus, le contexte socioculturel du double standard sexuel (par exemple, perception négative de la femme qui expérimente sexuellement *versus* naïveté sur la capacité orgasmique chez la femme qui se prive d'expérimenter sexuellement) est invoqué comme facteur d'influence important sur le développement de l'identité sexuelle féminine (Tiefer et al., 2002 ; Masters & Johnson, 1970 ; Simon & Gagnon, 1986).

Un bon nombre d'auteurs s'entend sur les effets dévastateurs d'expériences sexuelles non consenties et traumatiques comme étant à la source de plusieurs troubles sexuels, incluant l'anorgasmie féminine (Sarwer & Durlak, 1996). En plus d'obtenir une description de l'événement traumatique, le clinicien se doit de vérifier s'il y a eu résolution ou non de l'événement traumatique et si la femme considère que cet événement continue à interférer sur sa sexualité, avec notamment l'atteinte orgasmique.

L'histoire sexuelle de la femme présentant une anorgasmie a des répercussions importantes sur la perception et la formation de croyances, attitudes et pensées liées à la sexualité qui, elles, servent à expliquer le maintien de ce trouble. De toutes ces répercussions, les auteurs retiennent une pauvre image de soi sur le plan corporel, des pensées négatives, des croyances fausses ou irrationnelles à l'égard du comportement sexuel de la femme (Beck, 1988 ; Trudel, 2008). Par exemple, plusieurs femmes entretiennent des pensées ayant des caractéristiques obligatoires telles que l'orgasme ne devrait se produire que durant le coït ou que l'atteinte de l'orgasme est obligatoire à chacune des rencontres sexuelles.

Sur le plan émotionnel, l'anorgasmie est très souvent attribuée à la présence d'émotions et de sensations négatives inhibant la montée vers l'orgasme (Donahey, 2010 ; Heiman, 2000). Le répertoire d'émotions communément rapporté par les femmes anorgasmiques inclut la culpabilité, la honte, l'anxiété du spectateur et la peur de l'abandon (Heiman, 2000). De toutes ces émotions, l'anxiété du spectateur ou le « *spectator effect* » prédomine le tableau étiologique de ce trouble (Heiman, 2000). Liée à la peur de l'échec, cette anxiété est ressentie à l'égard du partenaire qui est perçu par la femme comme un spectateur de sa performance sexuelle et qui attend l'orgasme. Ces femmes se retrouvent ainsi face à un cercle vicieux négatif où plus le temps d'atteinte de l'orgasme s'allonge, plus l'anxiété augmente, et plus l'orgasme tarde à venir.

Facteurs relationnels

Les facteurs relationnels et le rôle du partenaire dans l'apparition ou le maintien du trouble anorgasmique constituent la seconde catégorie de facteurs de l'évaluation TCC. Les auteurs s'entendent sur le fait que le climat conjugal influence de façon significative la fréquence et qualité des activités sexuelles, ainsi que les troubles liés au fonctionnement sexuel de la femme (Basson, 2004 ; Donahey, 2010 ; Kaplan, 1974 ; Masters & Johnson, 1970, 1974 ; Trudel, 2008). En effet, un climat conjugal caractérisé par la présence de problèmes de communication (par exemple, confrontation ou évitement), d'émotions non résolues telles que le ressentiment ou la perte de confiance envers le partenaire, nuit au désir de rapprochement sexuel et interfère avec l'abandon sexuel de la partenaire. Par exemple, la partenaire aux prises avec des sentiments de déception ou de colère contre son partenaire exprimera avoir beaucoup de difficultés à recevoir ses caresses, à se sentir sexuellement excitée et, en conséquence, à parvenir à l'orgasme.

Dans son évaluation, le clinicien doit également tenir compte du rôle du partenaire dans l'apparition ou le maintien d'une anorgasmie. Plus spécifiquement, il importe de bien se documenter sur les habiletés sexuelles du partenaire telles que la présence de dysfonctions sexuelles (par exemple, éjaculation prématurée, dysfonction érectile) ainsi que les attributs physiques et comportementaux de celui-ci. Ces facteurs peuvent ainsi inclure la baisse d'attraction physique envers le partenaire, l'atteinte prématurée de l'éjaculation ou la dysfonction érectile et, en conséquence, la perte de stimulation vaginale ou clitoridienne. D'autres facteurs comportementaux liés aux habiletés sexuelles du partenaire sont très fréquemment invoqués dans l'historique du trouble orgasmique et concernent le manque ou l'insuffisance de plaisir que procurent les caresses nécessaires à la montée de l'excitation sexuelle jusqu'à l'orgasme. Par exemple, les caresses du partenaire sont soit trop précipitées, soit trop prolongées sur certaines parties génitales, certaines pouvant même susciter de l'inconfort (par exemple, stimulation directe du clitoris). Les caresses du partenaire peuvent également être décrites comme étant trop mécaniques ou absentes de sensualité (Heiman, 2000 ; Masters & Johnson, 1970). Lorsque ces facteurs sont identifiés comme étant à la source d'un trouble orgasmique, il sera fortement recommandé de prévoir d'intégrer le partenaire dans le traitement afin d'optimiser le pronostic thérapeutique.

Questionnaires

Les questionnaires servent à obtenir des informations complémentaires quant à la présence de facteurs individuels et/ou relationnels soupçonnés d'être à l'origine de la dysfonction orgasmique. Fondée sur les

données de recherches quant aux facteurs étiologiques prédominants et décrits à la section précédente, la sélection des questionnaires doit minimalement cibler l'évaluation de trois facteurs : (*i*) la réponse sexuelle des deux partenaires (s'il y a lieu) dans son ensemble ; (*ii*) l'adaptation psychologique ; et (*iii*) l'adaptation conjugale. Les questionnaires suggérés ont fait objet d'études empiriques et possèdent des propriétés psychométriques. Ils peuvent ainsi être utilisés à l'intérieur du contexte de l'entrevue clinique ou de recherche. Les questionnaires sur la réponse sexuelle et sur l'adaptation conjugale sont disponibles en anglais et/ou en français et sont présentés en annexe de cet ouvrage.

Programmes et stratégies d'intervention selon l'approche TCC

Le traitement TCC pour la dysfonction orgasmique chez la femme s'avère principalement multimodal, c'est-à-dire qu'il intègre un ensemble de stratégies thérapeutiques choisies en fonction des variables diagnostiques et étiologiques saillantes (Donahey, 2010).

Bien qu'il puisse varier d'une femme à l'autre, le plan de traitement est élaboré à partir de méthodes et programmes d'intervention initialement proposés par les auteurs (Heiman et al., 1976, 1979 ; Kaplan, 1974 ; Masters & Johnson, 1970). Ces programmes de traitement multimodaux comprennent un répertoire de stratégies et d'exercices thérapeutiques dont la pratique se fait d'abord individuellement et ensuite avec le partenaire. De plus, certains de ces programmes ont été spécialement conçus pour traiter l'anorgasmie chez des populations spécifiques, soit les femmes présentant un trouble orgasmique primaire ou situationnel et les femmes sans partenaires. Trois programmes sont brièvement décrits ci-après, suivis de la présentation de stratégies et composantes additionnelles à l'intervention TCC.

Programme de traitements multimodaux

Masters et Johnson (1970)

Le fondement théorique du programme de traitement de Masters et Johnson repose sur la reconnaissance par les partenaires que l'orgasme ne se produit pas de manière forcée mais au contraire qu'il se manifeste davantage au sein d'un contexte de détente minimisant la performance sexuelle. Le programme de traitement qui s'applique en couple comprend généralement trois étapes et inclut comme stratégie thérapeutique principale le *sensate focus*, une série d'exercices de sensibilisation corporelle visant à augmenter la sensualité par des caresses mutuelles non génitales, puis génitales et par l'exploration de la pénétration.

Au cours de la *première étape*, il est expliqué aux partenaires l'importance de la stimulation sensuelle et des caresses non sexuelles, la nécessité de la communication des sentiments (par exemple, craintes, appréhensions) et de l'expression des préférences sensuelles et sexuelles. À la *deuxième étape*, les partenaires pratiquent des exercices de caresses d'abord sensuelles ou non sexuelles et ensuite sexuelles. Concernant les caresses sexuelles, le partenaire est invité à débuter par caresses sur le mont de Vénus, particulièrement de part et d'autre du clitoris, à l'intérieur des cuisses et des lèvres et à ramener les sécrétions vaginales vers le clitoris. Les partenaires s'abstiennent ainsi de toute pénétration et doivent exprimer leurs préférences sensuelles et sexuelles, notamment par le toucher, c'est-à-dire en guidant la main du partenaire.

À la *troisième étape*, les partenaires pratiquent à nouveau les caresses non génitales suivies des caresses génitales puis ils passent à l'exploration de la pénétration. Cette exploration s'effectue en deux temps et est dirigée par la femme. Dans un premier temps, les partenaires sont en position cavalière ou l'homme est en position allongé et la femme en position supérieure. Il demeure ainsi immobile et réceptif aux mouvements de sa partenaire qui doit imposer le rythme. Celle-ci introduit progressivement le pénis à l'intérieur de son vagin et procède à des mouvements lents de bassin et de va-et-vient. Elle est également invitée à interrompre les mouvements afin de se centrer sur les sensations provoquées par la dilatation du vagin par le pénis. Le couple peut ensuite passer à la position latérale en respectant les mêmes consignes d'exploration mais en augmentant de plus en plus la stimulation. Lorsque la partenaire se sent prête, elle communique à son partenaire son désir de stimulation jusqu'à l'orgasme.

Masters et Johnson ont constaté que les exercices de *sensate focus* ont non seulement été très appréciés des couples mais qu'ils se sont avérés efficaces dans, non seulement, la survenue de l'orgasme, mais également dans le développement d'autres composantes sexuelles.

Kaplan (1974)

Pour sa part, Kaplan propose deux programmes de traitement dans l'anorgasmie généralisée et situationnelle pour lesquels elle préconise l'apprentissage sexuel par l'autostimulation telle que la masturbation dirigée en deux étapes, d'abord en individuel et ensuite en couple avec le partenaire.

Pour le traitement de l'anorgasmie généralisée, il est d'abord proposé à la femme de pratiquer des exercices d'autostimulation visant à favoriser l'apparition de l'orgasme en provoquant le maximum de stimulation (par exemple, variations du toucher, mouvements de bassin, de va-et-vient et de rotation, contraction-relâche des muscles périvaginaux), de développer son imaginaire érotique par la lecture ou le

visionnement de matériel érotique et l'utilisation du vibrateur en région érogène (par exemple, autour du clitoris, à l'intérieur du vagin). Suite à cela, la femme apprend à communiquer à son partenaire les sources de stimulation nécessaire pour atteindre l'orgasme. Kaplan conseille de débuter les exercices de couple avec des échanges verbaux, des caresses tels que le *sensate focus*, avant de débuter la pratique de diverses sources de stimulation.

Pour le traitement du trouble anorgasmique situationnel, Kaplan met l'emphase sur la pratique d'exercices thérapeutiques axés sur l'atteinte de l'orgasme coïtal.

Comme pour le traitement de l'anorgasmie généralisée, Kaplan recommande l'auto-exploration individuelle comme préambule aux exercices de couple. Ensuite, celle-ci propose une série d'exercices visant la reconnaissance et l'augmentation des sensations situées sur le tiers extérieur du vagin, des lèvres mineures et des sensations proprioceptives provenant à la fois de la contraction de la musculature périvaginale et de la vasocongestion sanguine associées à l'excitation sexuelle. Les caresses clitoridiennes alternent ensuite avec des caresses coïtales provenant de la main, du pénis ou du vibrateur. Le couple est également introduit à la technique du « *bridge* », cette méthode favorisant la connexion entre la stimulation clitoridienne et le coït. La pratique de cette méthode commence avec la stimulation clitoridienne durant la pénétration, celle-ci cessant au moment où l'orgasme devient imminent de façon à laisser la poussée coïtale déclencher le réflexe orgasmique. Au cours de plusieurs semaines de pratique, la stimulation clitoridienne cesse de plus en plus tôt de façon à laisser la poussée coïtale prendre une place de plus en plus importante dans le déclenchement de l'orgasme.

Heiman, LoPiccolo et LoPiccolo (1976, 1979)

Inspirés des méthodes d'intervention de Masters et Johnson (1970) et de Kaplan (1974), Heiman et al. (1976, 1979) proposent un programme d'autotraitement en douze étapes. Ce programme multimodal comprend un ensemble de stratégies cognitivo-comportementales visant l'apprentissage et le développement de la capacité sexuelle non seulement pour la femme, mais également pour son partenaire. Des exercices de masturbation thérapeutique, de modification cognitive et d'acquisition de fantasmes sexuels s'ajoutent à des stratégies interpersonnelles faisant appel au partenaire afin d'optimiser le transfert des apprentissages sexuels. Décrit à l'intérieur d'un manuel (Heiman et al., 1976, 1979), ce programme d'autotraitement comporte les avantages d'être très accessible et facile à suivre. En effet, la femme suit les instructions correspondant aux douze étapes du programme d'intervention décrites ci-après, les sept premières étant pratiquées individuellement et les cinq dernières en couple.

Première étape : engagement personnel. Dédramatisation du problème et explication concernant les causes personnelles et relationnelles du trouble anorgasmique chez la femme.
Deuxième étape : apprendre à se connaître. Questionnaire d'auto-évaluation et de l'historique sexuel suivi de l'exercice « Regardez-vous ». Exploration visuelle du corps, des seins et des parties génitales en ayant recours à un miroir.
Troisième étape : explorer par le toucher. Exploration tactile du corps et des parties génitales, exercices de concentration sur les sensations, contraction des muscles pubo-coccygiens tels que les exercices de Kegel (1952).
Quatrième étape : le plaisir par le toucher – la découverte. Exploration tactile du corps et des parties génitales avec l'utilisation d'un lubrifiant, découvrir les textures et les sensations nouvelles, concentration sur les sources de plaisir.
Cinquième étape : le plaisir par le toucher – la concentration. Intégration d'exercices de mouvements du bassin à l'exploration tactile. Exercices de concentration sur les diverses sensations, utilisation de la fantasmatique sexuelle et de la littérature érotique afin d'augmenter l'excitation sexuelle.
Sixième étape : se rapprocher du but. Exercices de simulation orgasmique combinés aux exercices d'autostimulation. Le jeu de simulation à l'orgasme inclut le mouvement des bras, la tension des muscles, la rigidité du corps, les mouvements accentués du bassin et l'expression du plaisir.
Septième étape : le vibrateur, un ami précieux. Introduction du vibrateur aux exercices d'exploration et d'autostimulation. Alternance des caresses manuelles avec les caresses provenant du vibrateur. Bilan des progrès : pratiquer à nouveaux les exercices des étapes 1 à 7 ou passer aux étapes 8 à 12, celles-ci incluant le partenaire.
Huitième étape : partager ses découvertes avec son compagnon. En première partie, exercices de *sensate focus* et d'autostimulation de la femme de façon à indiquer à son partenaire ses préférences sur le type de toucher. En seconde partie, jeux de rôle et exercices de communication portant sur l'acceptation ou le refus d'une activité sexuelle.
Neuvième étape : faire plaisir à l'autre. Poursuite d'exercices de communication verbale et non verbale des préférences sexuelles, autostimulation réciproque, recours au vibrateur et à la fantasmatique sexuelle visant à intensifier la stimulation.
Dixième étape : le coït, une autre forme de plaisir mutuel. Exploration des diverses positions et du contact clitorido-vaginal, discussion du mythe de l'orgasme simultané.
Onzième étape : valorisation. Discussion portant sur l'élargissement du répertoire des activités et des sources de stimulation sexuelle telles que

la sexualité oro-génitale et anale. Explication des méthodes visant à retarder l'éjaculation telles que la pause et la compression (voir chapitre 13, « Éjaculation prématurée »).
Douzième étape : que faire maintenant ? Bilan des apprentissages et des progrès. Si incapacité de parvenir à l'orgasme ou persistance de problèmes, décision de consulter un professionnel spécialisé dans le domaine de la sexualité.

Compte tenu des succès cliniques et de la satisfaction élevée des femmes ayant suivi ce programme d'autotraitement, d'autres modalités d'application ont été étudiées afin de tester l'efficacité comparative de ce programme. Libman et al. (1984) ont en effet évalué le programme appliqué en couple, en groupe ou dans le cadre de la bibliothérapie avec recours minimal au thérapeute. Les résultats ont indiqué que les trois modalités d'application ont conduit à des améliorations significatives et que la modalité de couple a montré des améliorations légèrement supérieures aux modalités de bibliothérapie et de groupe. Les auteurs concluent que malgré ce faible avantage pour la modalité de couple, il importe d'évaluer les coûts et bénéfices de cette modalité face à la simplicité et l'économie de la bibliothérapie ou de la thérapie de groupe (Libman et al., 1984).

Autres composantes et stratégies d'intervention TCC

En plus de la masturbation dirigée comme composante thérapeutique principale du plan de traitement de l'anorgasmie féminine, il existe un répertoire intéressant de stratégies cognitivo-comportementales complémentaires visant à agir sur l'anxiété de performance, les fausses croyances, les cognitions et les attitudes négatives sexuelles ou sur l'augmentation de la stimulation clitoridienne ou vaginale. Cet éventail de stratégies permet ainsi au clinicien d'élaborer un plan de traitement personnalisé en fonction du type d'anorgasmie et des difficultés uniques de ce trouble d'une femme à l'autre. Ces stratégies seront brièvement décrites et incluent les stratégies psycho-éducationnelles et cognitives, la désensibilisation systématique et la stimulation clitoridienne, soit par la méthode de l'alignement coïtal, soit par l'appareil *EROS Clitoris Therapy Device* (CTD).

Stratégies psycho-éducationnelles

L'inclusion des stratégies psycho-éducationnelles dans la prise en charge est fortement recommandée par les auteurs car elles peuvent influer directement sur la perception et les croyances sexuelles (Jankovich & Miller, 1978). Très souvent utilisées lors de la séance thérapeutique initiale, elles se résument à la présentation d'informations sexuelles portant sur la réponse sexuelle féminine et masculine (c'est-à-dire, modèle

de Masters et Johnson, 1970), sur les mythes, les fausses croyances concernant l'orgasme et la sexualité en général, sur la présentation du bilan clinique et sur les facteurs physiques et psychologiques servant à expliquer le trouble orgasmique présenté. Cette séance d'information peut s'accompagner du visionnage et lectures de matériel sexuel pertinent et se terminer par la remise, à la femme, d'un résumé écrit de son bilan clinique.

Stratégies cognitives

Elles complètent les stratégies comportementales et servent le clinicien dans son travail sur les processus cognitifs nuisant à l'atteinte de l'orgasme. En plus de la masturbation dirigée et des exercices de *sensate focus*, le clinicien aura recours à des stratégies d'auto-observation, d'autoquestionnement selon la technique du *Socratic Questioning* ou de la thérapie émotivo-rationnelle et de modification cognitive visant la substitution des fausses croyances et des pensées négatives (Beck, 2005 ; Leiblum & Ersner-Hershfield, 1977 ; Ellis & Dryden, 1997). Par exemple, la technique du *Socratic Questioning* peut être utilisée afin d'aider la femme à s'autoquestionner sur la provenance et le fondement d'une croyance telle que « l'orgasme devrait se produire rapidement et uniquement par la pénétration ». La substitution de cette croyance par des pensées adaptées à la réalité clinique de l'orgasme chez la femme contribue à une diminution significative de l'anxiété de performance.

Désensibilisation thérapeutique

Utilisée dans le cadre du traitement de la dysfonction orgasmique, les auteurs indiquent que le but principal de la désensibilisation thérapeutique est la réduction de l'anxiété de performance par la prédominance des sensations plaisantes associées à la réponse sexuelle et à la détente (Wolpe, 1958 ; Wolpe & Lazarus, 1966). Cette méthode consiste d'abord à établir une hiérarchie d'activités sexuelles jugées par la femme comme anxiogènes, allant du plus bas au plus haut niveau d'anxiété (Husted, 1975). À l'aide de techniques de relaxation, de respiration profonde et d'autosuggestion positive, la femme est ensuite amenée à progresser d'une étape à l'autre de la hiérarchie jusqu'à ce que celle-ci atteigne la dernière étape, cette étape favorisant l'atteinte de l'orgasme car l'anxiété de performance est réduite à un seuil minimal ou sinon éliminée. À titre d'exemple, la femme essaie d'imaginer aussi clairement que possible les activités sexuelles lorsqu'elle est en état de profonde relaxation et capable de se centrer sur ses réponses sexuelles plaisantes. Elle est ensuite invitée à passer à l'autre étape lorsqu'elle ressent peu ou pas d'anxiété, et ce jusqu'à l'atteinte de l'orgasme (Jones et al., 1972 ; Obler, 1973 ; Sotile & Kilmann, 1978).

Alignement coïtal et appareil EROS CTD

Plus récemment, deux méthodes de stimulation sexuelle ont été étudiées par les auteurs : l'alignement coïtal (Hurlbert & Apt, 1995) et l'appareil Eros CTD (Billups et al., 2001 ; Wilson et al., 2001). En somme, ces méthodes visent à augmenter les sensations vaginales et clitoridiennes soit par l'expérimentation de positions coïtales spécifiques, soit par le recours à un appareil favorisant l'engorgement sanguin du clitoris.

En ce qui concerne la méthode de l'alignement coïtal, les partenaires sont d'abord invités à pratiquer la masturbation dirigée. Lorsque la femme peut atteindre l'orgasme, les partenaires font l'essai de positions coïtales favorisant le contact très étroit entre le corps de l'homme en position supérieure et le clitoris de sa partenaire. La pratique de cette méthode favorise la stimulation tant vaginale que clitoridienne, donnant ainsi aux partenaires la possibilité d'atteindre l'orgasme coïtal.

L'EROS CTD offre à la femme anorgasmique la possibilité d'expérimenter, avec un appareil spécialement conçu pour cela, la stimulation de la région clitoridienne. Cet appareil permet en effet une aspiration rythmique et l'engorgement sanguin du clitoris, ce qui entraînerait une augmentation de l'excitation et du plaisir chez la femme. Pour le clinicien, l'EROS CTD présente une stratégie sexuelle complémentaire à l'apprentissage des exercices prévus à son programme de traitement. Par exemple, il peut suggérer à la femme d'utiliser l'EROS CTD en alternance avec le vibrateur, l'intégrer aux exercices de masturbation dirigée ou lors de la pratique des exercices sexuels à pratiquer en couple.

De façon générale, les résultats d'études d'efficacité ont indiqué que ces deux méthodes ont conduit à des effets bénéfiques non seulement dans la survenue de l'orgasme mais également sur plusieurs autres composantes sexuelles. Par exemple, l'étude de Wilson et al. (2001) a démontré que l'EROS CTD a augmenté la capacité orgasmique, la perception des sensations, la lubrification vaginale et la satisfaction sexuelle.

Cas clinique

Louise est âgée de 39 ans et a été adressée par son gynécologue pour une anorgasmie primaire et situationnelle. L'évaluation diagnostique montre en effet que Louise a toujours été orgasmique par la masturbation mais jamais avec un partenaire. De plus, elle rapporte depuis ces deux dernières années une baisse de son désir sexuel et de sa capacité à se sentir excitée sexuellement, sans cependant éprouver un problème de lubrification. Le bilan de l'examen gynécologique et hormonal s'avère négatif dans la recherche d'une étiologie médicale.

L'historique familial et sexuel révèle que Louise est la plus âgée de trois enfants dans une famille de religion catholique. La sexualité

n'ayant jamais été discutée à la maison, l'éducation sexuelle de Louise se résume à de brèves discussions avec ses amies et à une présentation de son professeur de classe sur l'anatomie et la reproduction de la femme. Ses premières expériences sexuelles en solo et avec un partenaire débutent à l'âge de 15 ans. Elle a sa première relation sexuelle avec pénétration à 19 ans. Malgré le nombre très limité d'expériences sexuelles avec un partenaire, elle juge celles-ci comme étant généralement positives et avoue ne pas avoir vécu d'expériences sexuelles traumatiques. Elle remarque cependant avoir de la facilité à obtenir l'orgasme lorsqu'elle est seule mais ne pas être en mesure d'y parvenir avec un partenaire, quel qu'il soit.

Elle se marie à l'âge de 25 ans et a une fille à 27 ans ; elle passe la décennie suivante à se concentrer sur sa famille et, pour les deux dernières années, au développement de sa carrière. Elle décrit son conjoint comme très attentionné, compréhensif et toujours à l'écoute de ses besoins et, dans l'ensemble, être satisfaite de sa relation conjugale. Bien qu'appréciées par Louise, les qualités de son mari font en sorte qu'elle se sent très coupable, triste et impuissante face à son problème orgasmique. Louise rapporte qu'un nombre répété de relations sexuelles sans orgasme de sa part sert non seulement à renforcer son sentiment d'échec, mais aussi à diminuer son désir et sa capacité à se sentir excitée sexuellement. Elle se surprend même à éviter des situations pouvant conduire à la sexualité.

L'évaluation des facteurs causaux et de maintien du trouble orgasmique révèle deux principaux facteurs à cibler sur le plan d'intervention : (*i*) un répertoire limité d'expérimentation sexuelle et un scénario sexuel hautement ritualisé avec son conjoint ; (*ii*) la présence de fausses croyances, pensées et anticipations négatives pendant les activités sexuelles de couple et nuisant à l'estime/image de soi. La prise en charge thérapeutique du couple inclut principalement les stratégies TCC de psycho-éducation, d'auto-observation, de modification cognitive et d'exercices sensuels et sexuels à pratiquer en couple.

Le traitement de couple débute ainsi avec la présentation du bilan d'évaluation des facteurs causaux et de maintien du trouble orgasmique, suivi d'informations servant à démystifier l'orgasme chez la femme, de discussions sur les attentes et objectifs de chacun et, enfin, de lectures. Il est proposé à Louise et son partenaire des exercices de *sensate focus* avec une focalisation sur la communication non verbale des préférences sexuelles, sur l'expérimentation de différentes sources de stimulations (littérature érotique, vibrateur, positions sexuelles) et visant à élargir leur répertoire sexuel. Lors de la pratique des exercices sexuels, Louise apprend à détecter, à confronter et à substituer ses pensées et croyances négatives. Par exemple, elle se donne la permission de se centrer sur son plaisir sexuel et de guider son partenaire vers ses préférences sexuelles pouvant conduire à l'orgasme.

Conclusion

Ce chapitre a pour objectif de présenter les principales composantes de l'évaluation et de l'intervention pour la dysfonction orgasmique chez la femme selon l'approche TCC. Les points suivants sont à retenir : (*i*) bien que des critères servent à définir et à diagnostiquer ce trouble sexuel, le portrait clinique fluctue d'une femme à une autre ; (*ii*) les manifestations cliniques de la dysfonction orgasmique doivent être situées en fonction de sa durée (c'est-à-dire de tout temps ou acquis), de son contexte (c'est-à-dire généralisé ou situationnel) et être distinguées de la dysfonction du désir et de l'excitation sexuelle ; (*iii*) l'anorgasmie féminine présente un terrain causal multifactoriel, c'est-à-dire issu de facteurs biologiques et physiques ainsi que de facteurs individuels et relationnels ; (*iv*) l'évaluation multimodale TCC inclut l'entrevue clinique et les questionnaires sur la réponse sexuelle, l'adaptation psychologique et relationnelle ; (*v*) de façon générale, les programmes de traitement proposés incluent des exercices d'exploration et de stimulation sexuelle dont la pratique se fait d'abord individuellement et ensuite en couple.

Références

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC : American Psychiatric Association.

Basson, R. (2004). Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems [review]. *Menopause*, *11*, p.709-713.

Beck, A.T. (1988). *Love is never enough*. New York : Harper and Row.

Beck, J.S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems : what to do when the basics don't work*. New York : The Guilford Press.

Billups, K.L., Berman, L., Berman, J., et al. (2001). A new non-pharmacologic vacuum therapy for female sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *27*, 435-441.

Chambless, D.L., Sultan, F.E., Stern, T.E., et al.,et al. (1984). Effect of pubococcygeal exercises on coital orgasm in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 114-118.

Derogatis, L.R., Fagan, P.J., Schmidt, C.W., et al.,et al. (1986). Psychological subtypes of anorgasmia : a marker variable approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 166-173.

Derogatis, L.R., Schmidt, C.W., Fagan, P.J., & Wise, T.N. (1989). Subtypes of anorgasmia via mathematical taxonomy. *Psychosomatics*, 30, p.166-173.

Donahey, K.M. Female orgasmic disorder. (2010). In S., Levine, C., Risen, & S. Althof (Eds.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (181–192). New York : Routeledge.

Ellis, A., & Dryden, W. (eds.) (1997). The rational emotive behavioral approach to sex therapy. (1997). *In The practice of rational emotive behavior therapy* (pp. 217–231). New York : Springer Publishing Company.

Goldstein, A., Pukall, C.F., Goldstein, I. (eds) (2009). *Female sexual pain disorders : evaluation and management*. Oxford : Wiley-Blackwell.

Hawton, K. (1982). The behavioral treatment of sexual dysfunction. *British Journal of Psychiatry*, 140, 94-101.

Heiman, J., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. (1976). *Becoming orgasmic : a sexual growth program for women*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Heiman, J., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. (1979). *Orgasme*. Montréal : Quebecor.

Heiman, J.R.(2000). Orgasmic disorder in women. In S.R., Leiblum, R.C., Rosen (eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd pp. 118–153). New York : Guilford.

Heiman, J.R., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic. A sexual growth program for women (Rev. ed.)*. New York : Prentice-Hall.

Hurlbert, D.F., & Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation : a comparative study on female orgasm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *21*, 21-29.

Husted, J.R. (1975). Desensitization procedures in dealing with female sexual dysfunction. *Counseling Psychologist*, *5*, 30-37.

Jankovich, R., & Miller, P.R. (1978). Response of women with primary orgasmic dysfunction to individual education. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *4*, 16-19.

Jones, W., Faceg, J., & Park, P. (1972). Treatment of single partner sexual dysfunction by systematic desensitization. *Obstetrics and Gynecology*, *39*, 411-417.

Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York : Brunner-Mazel.

Kaplan, H.S. (1989). *PE : How to overcome premature ejaculation*. New York : Brunner-Mazel.

Kegel, A.H. (1952). Stress incontinence and genital relaxation : a nonsurgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures. *Ciba Clinical Symposia*, *4*, 35-51.

Kline-Graber, G., & Graber, B. (1976). *Woman's orgasm : a guide to sexual satisfaction*. New York : Bobbs- Merrill.

Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States : prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 537-544.

Leiblum, S.R., & Ersner-Hershfield, R. (1977). Sexual enhancement groups for dysfunctional women : an evaluation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *3*, 139-152.

Libman, E., Fitchen, C.S., Brender, W., et al. (1984). A comparison of three therapeutic formats in the treatment of orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *10*, 147-158.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston : Little Brown.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1974). *The pleasure bond : a new look at sexuality and commitment*. Boston : Little Brown.

Modell, J.G., Katholi, C.R., Modell, J.D., & DePalma, R.L. (1997). Comparative sexual side effects of bupropion, fluoxetine, paroxetine, and sertraline. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, *61*, 476-487.

Montejo, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A., & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents : a prospective multicenter study of 1,022 outpatients Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(suppl. 3), 10-21.

Moret, C., Isaac, M., & Briley, M. (2009). Review : problems associated with long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychopharmacology*, *23*, 967-974.

Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *4*, p.93-101.

Renshaw, D.C. (1988). Profile of 2376 patients treated at loyola sex clinic between 1972 and 1987. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 111-117.

Rosen, R.C., & Leiblum, S.R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990 : an integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 877-890.

Sarwer, D.B., & Durlak, J.A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction : a study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse and Neglect*, 20, p.963-972.

Segraves, K.B., & Segraves, R.T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder : prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, p.55-58.

Simon, W., & Gagnon, J.H. (1986). Sexual scripts : permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15, p.97-120.

Sotile, W.M., & Kilmann, P.R. (1978). Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 477-491.

Tiefer, L., Hall, M., & Tarvis, C. (2002). Beyond dysfunction : a new view of women's sexual problems. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, *28*, 225-232.

Trudel, G. (2008). *Les dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique*. Sainte Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.

Williams, V.S.L., Baldwin, D.S., Hogue, S.L., et al.,et al. (2006). Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries : a cross-sectional patient survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 204-221.

Wilson, S.K., Delk, J.R., & Billups, K.L. (2001). Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-Clitoral Therapy Device. *Journal of Gender-specific Medecine*, *4*, 54-58.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford : Stanford University Press.

Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques : a guide to the treatment of neuroses*. New York : Pergamon.

Partie III

Obsessions et compulsions sexuelles

Chapitre 17
Hypersexualité et paraphilies

Pascal de Sutter[1]

Définitions et diagnostic

L'hypersexualité et les paraphilies se caractérisent par des obsessions et des compulsions sexuelles que le sujet ne parvient pas à maîtriser.

Obsessions sexuelles

Les obsessions sexuelles peuvent être définies par des pensées sexuelles récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inappropriées et entraînent une anxiété et/ou une détresse importante. Parfois, le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées sexuelles, mais elles reviennent de façon obsédante. Dans certaines circonstances, le sujet ne passe pas à l'acte car soit l'opportunité ne se présente pas, soit l'obsession sexuelle est irréalisable, soit ses valeurs morales sont plus fortes que ses envies.

Dans d'autres cas, il y a passage à l'acte et, lorsque le comportement devient répétitif, on parle de compulsions.

1. Remerciements à Antonietta Pace qui a effectué un excellent travail de recherche bibliographique et de revue de la littérature scientifique sur le sujet de la pédophilie et de ses traitements actuels. Remerciements aussi à Pauline Gueibe, Pascale Vanhoutvinck, Colombine Legrand et Sandrine Mathot pour leur collaboration à la rédaction de ce chapitre.

P.S. : Les lecteurs interessés par la thématique de ce chapitre peuvent également se référer au chapitre 7 du volume 2, chapitre qui reprend les concepts d'addiction, compulsion, dépendance.

Compulsions sexuelles

Les compulsions sexuelles sont des élans irrésistibles à commettre des actes sexuels inappropriés. Ils peuvent être inappropriés par leur fréquence mais non pas par leur nature. On parle alors d'*hypersexualité* (par exemple, compulsion au cybersexe, à la masturbation, à la pornographie, etc.). Aussi, ils peuvent être inappropriés par leur nature et on parle alors de *paraphilies* (pédophilie, scatologie, etc.). Parfois, les deux composantes sont présentes (compulsion + paraphilie). Le sujet qui ne souffre pas de trouble grave de santé mentale reconnaît habituellement que ses compulsions sexuelles sont excessives et/ou irraisonnées. Il ne souhaite pas volontairement passer à l'acte mais en éprouve une envie irrépressible. Le passage à l'acte entraîne un très bref soulagement mais est généralement suivi de beaucoup de culpabilité. (Nous n'aborderons pas ici les sujets à tendance psychopathique qui n'éprouvent aucun remord sincère.)

Le DSM-IV (dernière édition) n'a pas encore répertorié les compulsions sexuelles à part entière. Cependant, le DSM-V, en cours d'élaboration, proposera très probablement une catégorie spécifique à cette problématique reprise sous les termes de *trouble d'hypersexualité*. Nous nous inspirons des travaux préparatoires du (futur ?) DSM-V pour présenter le diagnostic de l'hypersexualité : au cours d'une période d'au moins 6 mois, persistance de fantasmes sexuels intenses, de pulsions sexuelles et de comportements sexuels associés avec un ou plusieurs des quatre critères suivants :

1. Trop de temps octroyé pour les fantasmes sexuels, les demandes sexuelles ou la planification de ceux-ci.
2. Comportements, fantaisies ou fantasmes sexuels répétitifs en réponse à des événements stressants de la vie.
3. Efforts répétés mais infructueux afin de contrôler ou réduire considérablement ces comportements ou fantasmes sexuels.
4. Propension aux comportements sexuels répétitifs en faisant abstraction du risque de préjudices physiques affectifs qu'ils engendrent pour soi-même ou autrui.

Hypersexualité

Elle induit une détresse personnelle, une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines. Ces fantasmes, fantaisies et comportements sexuels ne sont pas dus à des effets physiologiques directs de substances exogènes (par exemple, l'abus de drogues ou de médicaments) ou à des épisodes maniaques.

On retrouve dans l'hypersexualité une addiction à des comportements sexuels qui, s'ils étaient pratiqués d'une façon et à une fréquence

« raisonnable » ou « contrôlée », pourraient être considérés actuellement, par la majorité, comme fonctionnels ou « normaux ». Ainsi la masturbation, la vision de films pornographiques, le cybersexe, les conversations érotiques par téléphone, les aventures sexuelles avec de nouveaux partenaires, les expériences érotiques inhabituelles, etc. Mais le sujet ne peut s'empêcher de pratiquer ces comportements sexuels de façon répétitive, excessive et envahissante. L'hypersexualité ne fait pas consensus, et certains auteurs estiment même qu'il s'agit d'un concept uniquement moralisateur (Giles, 2006). Toutefois, il est raisonnable de penser que la souffrance d'un individu qui ressent le besoin irrépressible de se masturber dix fois par jour n'est pas un problème uniquement moral. En outre, il existe un outil diagnostique scientifiquement validé pour évaluer l'hypersexualité : c'est le *Compulsive Sexual Behavior Inventory* ou CSBI (Miner et al., 2007).

Paraphilies

Ce sont des addictions à des comportements sexuels qui, au sein de notre société, sont considérés actuellement par la majorité comme dysfonctionnels ou « hors norme ». Le DSM-IV mentionne, notamment, l'exhibitionnisme, le fétichisme, le frotteurisme, la pédophilie, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, le travestisme sexuel ou le voyeurisme. Mais il existe bien d'autres paraphilies, telles que la zoophilie, la gérontophilie, la nécrophilie, la klysmaphilie[2], la scatophilie[3], l'urophilie[4], l'émétophilie[5], l'acrotomophilie[6], etc. La liste est pratiquement infinie car elle n'a comme limite que l'imagination humaine. Il existe même une expression qui définit l'attirance sexuelle pour les extraterrestres : l'exobiophilie.

Il est intéressant de noter que plusieurs pratiques sexuelles ne peuvent être considérées comme des paraphilies que lorsqu'elles s'accompagnent de compulsion ou qu'elles sont des pratiques exclusives. On entend par pratiques sexuelles exclusives les pratiques qui excluent toute autre forme de sexualité. Citons, par exemple, le bouboupisme[7], la lictiophilie[8], la sitophilie[9] ou la maïeusophilie[10]. Ces pratiques ne sont pas en soi sexuellement dysfonctionnelles et sont appréciées occasionnellement

2. Attirance sexuelle pour les lavements.
3. Attirance sexuelle pour les excréments ou la défécation.
4. Attirance sexuelle pour l'urine ou la miction.
5. Attirance sexuelle pour le vomi ou les vomissements.
6. Attirance sexuelle pour les personnes amputées.
7. Attirance sexuelle pour le pincement des seins.
8. Attirance sexuelle pour l'action de lécher une personne.
9. Attirance sexuelle pour le fait de jouer avec la nourriture.
10. Attirance sexuelle pour les femmes enceintes.

par de nombreuses personnes. Elles ne deviennent problématiques que si elles sont addictives et exclusives.

Le thérapeute doit avoir conscience qu'il existe une connotation morale très forte dans la détermination de ce qui est sexuellement « fonctionnel » ou « dysfonctionnel[11] ». Ainsi, pour certaines personnes, l'échangisme, le mélangisme[12] ou la sodomie sont d'office des pratiques déviantes, alors que pour d'autres, ce sont des formes de sexualité tout à fait acceptables lorsqu'elles sont « occasionnelles ». Certaines pratiques sexuelles dépendent aussi des modes, des lieux ou des époques. Ainsi, aujourd'hui, rares sont ceux qui considèrent que le fait d'être attiré sexuellement par un pubis de femme rasé (acomoclitisme) est en soi une paraphilie. De même, l'exhibitionnisme féminin est plus socialement accepté (par exemple, une danseuse nue, une tenue provocante, etc.) que l'exhibitionnisme masculin. En outre, beaucoup d'hommes adorent « reluquer » des femmes qui se déshabillent sans que l'on puisse d'office les qualifier de voyeurs.

Diagnostic

Lorsqu'un patient présente une pratique sexuelle inhabituelle, il est donc difficile pour le clinicien de poser d'emblée le diagnostic de paraphilie.

On peut cependant s'appuyer sur quatre critères :

- exclusivité (il n'y a que ça qui excite le sujet) ;
- compulsion (le sujet y pense ou le fait trop souvent) ;
- inadaptation sociale (la pratique est considérée par l'immense majorité comme inappropriée) ;
- souffrance (la pratique fait souffrir autrui ou le sujet lui-même).

Ainsi, ce n'est pas en soi dysfonctionnel d'être excité sexuellement par des chaussures à talons hauts. Beaucoup d'hommes trouvent érotiques de belles chaussures féminines et peuvent éprouver de l'excitation à faire l'amour avec une femme qui conserve ses chaussures. Cela ne devient du fétichisme que lorsque le sujet ne peut fonctionner sexuellement que lorsque sa partenaire porte des chaussures et/ou lorsqu'il ressent un besoin irrépressible et addictif de se masturber devant des chaussures à talons hauts.

Il n'est pas évident de distinguer clairement hypersexualité et paraphilie (HP). Certains sujets souffrant d'hypersexualité ne présentent aucune pratique déviante mais possèdent seulement la composante

11. En sexologie clinique, nous préférons habituellement le terme « fonctionnel » à celui de « normal ».
12. Contrairement à l'échangisme, le principe du mélangisme est de faire l'amour en groupe mais sans échange de partenaire.

compulsive. C'est le cas, par exemple, d'hommes qui ressentent le besoin irrépressible d'avoir des rapports sexuels avec leur partenaire une dizaine de fois par jour. Ces hommes souffrent exclusivement de la composante « hypersexualité ». D'autres sont sexuellement excités par des pratiques sexuelles bizarres comme le vampirisme[13] tout en ne passant jamais, ou pratiquement jamais, à l'acte. Donc, uniquement avec la dimension obsessive de la paraphilie, mais sans la composante compulsive et répétitive de l'hypersexualité. Toutefois, la majorité des personnes en souffrance se trouve à mi-chemin de ces deux extrêmes. D'une part, les pratiques sexuelles possèdent souvent un caractère d'inadaptation sociale, et d'autre part les sujets présentent des comportements de compulsion. C'est pourquoi, dans leur étiologie et leur traitement, nous pouvons généralement les associer sous le label HP.

Épidémiologie

Pour plusieurs auteurs l'épidémiologie de l'HP est difficile à établir (Hollander et al., 1989). D'abord parce que peu de patients concernés sont demandeurs d'un traitement ; ensuite parce que peu de recherches s'intéressent à cette problématique. Les sujets concernés éprouvent souvent de la gêne ou de la honte vis-à-vis de leur comportement. Ils sont donc moins enclins à l'exprimer lors d'enquêtes épidémiologiques. Il est probable que la prévalence des problématiques d'HP soit sous-estimée.

La recherche s'intéresse peu à ces troubles car ils sont connotés très négativement et il n'existe pas un consensus clair sur les définitions et les diagnostics (Fong, 2008). Néanmoins, certaines études relatent des chiffres allant de 3 à 6 % de la population (Kuzma & Black, 2008). Toutefois les cliniciens et les chercheurs (Black et al., 1997) s'accordent pour dire qu'il s'agit de problématiques sexuelles typiquement plus masculines que féminines (de 75 à 80 % d'hommes) (Kuzma & Black, 2008; Coleman, 1991; Schaffer & Zimmerman, 1990). Cela se comprend aisément : l'hypersexualité est un problème d'excès sexuel, or ce type de problème est plus typiquement masculin. Nous savons qu'en moyenne statistique, même les hommes en bonne santé sexuelle pensent plus souvent au sexe que les femmes et en ont plus souvent envie. L'origine de ce phénomène est probablement biologique (plus de testostérones chez les hommes) et culturelle (la plupart des sociétés encouragent et valorisent davantage les comportements sexuels masculins). Il semblerait que les sujets souffrant d'HP vivent également souvent d'autres difficultés sexuelles. Les co-morbidités sont nombreuses et,

13. Attirance sexuelle pour le fait de sucer le sang de sa partenaire durant l'acte sexuel ou de se faire sucer le sang par sa partenaire.

d'après une étude, 39 % des patients touchés par des troubles sexuels compulsifs ont connu un épisode de dépression ou d'hypomanie, 42 % des patients auraient des troubles phobiques, et 64 % auraient eu recours à des substances addictives (Black et al., 1997). Cette information est intéressante pour comprendre l'étiologie de ces problématiques. Elle explique aussi la sur-représentation masculine. En moyenne, les hommes ont plus de troubles mentaux que les femmes et souffrent plus souvent d'addictions à diverses substances.

Étiologie

Comme pour d'autres dysfonctions physiques ou psychiques humaines, on peut envisager une certaine implication génétique. Bien que la recherche soit encore balbutiante dans ce domaine spécifique, il est probable que certains sujets soient davantage prédisposés à développer ce genre de déviance que d'autres. On sait qu'il existe une certaine influence génétique qui favorise d'autres comportements sexuels minoritaires, tels l'homosexualité ou le transsexualisme. Toutefois, dans ce domaine, la génétique n'est jamais déterministe. Il s'agit, tout au plus, d'une forme de « prédisposition » ou de « fragilité » vis-à-vis de certains aspects de la sexualité ou de la compulsion. Si pratiquement tout le monde goûte un jour à l'alcool, seule une minorité des hommes devient alcoolique. Par comparaison, nous sommes tous et toutes confrontés à des tentations sexuelles diverses, nous avons tous parfois des envies sexuelles inhabituelles ou des pensées érotiques occasionnellement envahissantes ou dérangeantes. Et pourtant, l'immense majorité d'entre nous ne sombre pas dans la souffrance occasionnée par l'hypersexualité et/ou la paraphilie. Une certaine fragilité génétique pourrait donc expliquer pourquoi on retrouve dans certaines familles plus de cas d'HP que dans d'autres. Ce qui expliquerait aussi pourquoi l'HP est souvent en comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale (Black et al., 1997). Des atteintes neurologiques traumatiques ou dégénératives pourraient expliquer une partie des HP. Des comportements d'hypersexualité ont été rapportés chez des patients ayant une lésion du lobe frontal, temporal et des régions du mésencéphale (par exemple, la maladie de Huntington). Mais toutes les personnes lésées au niveau du lobe frontal n'ont pas de problème de HP (Krueger & Kaplan, 2000). D'autres auteurs rapportent des comportements d'hypersexualité en présence de neuropathologies telles que le syndrome de Kleine-Levin (trouble du sommeil rare), le syndrome de Klüver-Bucy (syndrome neuropathologique entraînant une forme de cécité psychique), le syndrome de Kennedy-Alter-Sung (maladie chromosomique) ou la sclérose en plaques (Chughtai et al., 2010). Des cas de compulsions sexuelles ont été induits par des médicaments traitant la maladie de Parkinson,

impliquant les systèmes de la dopamine ; en effet, des perturbations de ce neurotransmetteur sont incriminées dans les compulsions sexuelles (Mayo Clinic, 2009).

La génétique, les atteintes neurologiques ou les interférences médicamenteuses n'expliquent cependant qu'une petite partie du phénomène. Les auteurs estiment que les causes des HP sont multiples (Gold & Heffner, 1998). Pour comprendre davantage les HP, les hypothèses cognitivo-comportementales associées à la théorie des empreintes[14] offrent des pistes étiologiques intéressantes.

On peut considérer que le développement et le maintien d'une HP dépendent de quatre facteurs qui s'imbriquent. Si un des facteurs n'est pas présent, il est peu probable que ce type de problématique se développera de façon chronique.

- prédisposition génétique (dimension bio-physiologique) ;
- empreintes émotionnelles (dimension émotionnelle) ;
- expériences sexuelles (dimension comportementale) ;
- cognitions sexuelles (dimension cognitive).

Empreintes émotionnelles

De nombreux patients souffrant d'HP décrivent avoir vécu une expérience émotive intense qu'ils relient à leur comportement sexuel. Mais, souvent, cette émotion n'avait à l'origine pas de signification sexuelle. Citons, pour exemple, un patient qui était orphelin et souffrait de carences affectives graves. Il compensait ces carences par un attachement à des vêtements féminins en imitation soie (acrylique) qu'il chérissait comme des « doudous ». Pendant son enfance, il n'en éprouvait visiblement pas la moindre excitation sexuelle mais cela remplissait un besoin affectif et apportait une sensation apaisante. Par la suite, ce patient développa une forme de fétichisme compulsif pour les vêtements féminins d'aspect soyeux. Cela ne lui apportait plus de bien-être affectif et encore moins de l'apaisement, mais au contraire une grande excitation sexuelle. Une patiente se souvient avoir été injustement punie à l'âge de 6 ans. Elle a été fessée par sa mère en public et en a ressenti des émotions fortes de colère, de rage et d'humiliation. Cette fois l'empreinte émotive fut franchement négative. Pourtant, cette patiente a par la suite développé une érotisation compulsive à des pratiques masochistes. Elle était incapable d'éprouver le moindre plaisir sexuel si son partenaire ne la frappait pas violemment durant l'acte sexuel.

Avec ces deux cas cliniques, il est terriblement tentant de proposer de multiples interprétations psychanalytiques ou autres. Cette piste

14. Voir les travaux de Solano, *Les Trois cerveaux sexuels* (2010, éditions Robert Laffont). Elle propose l'hypothèse d'empreintes émotives qui façonneraient les goûts, les orientations et les préférences sexuelles.

est pourtant une impasse, car la plupart des patients ont eux-mêmes effectué ce type d'interprétation sans que leur symptôme ne disparaisse. En outre, de nombreux orphelins vivent des carences affectives importantes et s'attachent à des objets doux. Pourtant, l'immense majorité d'entre eux ne devient pas fétichiste. Beaucoup de petites filles vivent les fessées comme injustes et humiliantes et, pourtant, elles ne deviennent pas toutes des masochistes sexuelles compulsives.

Les connaissances actuelles en neurosciences ne nous permettent pas encore de comprendre pourquoi une empreinte émotionnelle forte (positive ou négative) peut contribuer à développer une HP chez certains individus. On peut émettre l'hypothèse que tous les êtres humains construisent leur érotisme à partir d'un patchwork d'empreintes émotives précoces. Lorsque le sujet développe ses premiers émois sexuels, il les rattache à des souvenirs émotifs plus ou moins agréables. Et, dans la plupart des cas, le panel d'émotions est suffisamment large et souple pour qu'il n'y ait pas de fixation obsessive à une émotion et un comportement sexuel particulier. Mais, pour quelques personnes, cela fonctionne moins bien et elles basculent dans l'hypersexualité ou la paraphilie.

Expériences sexuelles

Il est beaucoup plus facile de comprendre pourquoi certaines expériences sexuelles particulières laissent une empreinte initiatrice très forte. Prenons l'exemple d'un patient qui, à 12 ans, assiste aux ébats sexuels de son frère aîné avec sa petite amie. Caché dans un recoin de la chambre il n'en perd pas une miette. Non seulement l'émotion sexuelle est très forte, mais elle est renforcée (« gravée » dans son circuit mnésique) par une intense émotion de peur, de culpabilité et de curiosité. C'est ce qui constitue une véritable « empreinte sexuelle ». Par la suite, ce patient est devenu un voyeur compulsif qui est incapable de fonctionner sexuellement avec une femme. Notons qu'il n'est pas rare qu'un enfant assiste à des scènes sexuelles sans que pour autant il ne développe des problèmes de voyeurisme. Pour comprendre le phénomène, il faut tenir compte d'autres expériences sexuelles. Dans le cas de ce patient, il apparaît que ses autres expériences sexuelles sont des échecs. Timide, complexé et maladroit, il reste longtemps sans possibilité de rencontre amoureuse et/ou sexuelle avec une fille. Il développe dès lors une longue expérience d'auto-érotisme solitaire. Et le scénario fantasmatique qui alimente le plus souvent ses pratiques masturbatoires est justement de s'imaginer caché dans une pièce où des gens font l'amour. Il s'agit d'un véritable conditionnement sexuel. Quand, finalement, il couche avec une prostituée à l'âge de 24 ans, il n'obtient pas d'érection et se sent mortifié. En revanche, par la suite, il ressent des érections très fortes en circulant dans les couloirs de l'hôtel de passe et en entendant les ébats des autres

couples. Il finit alors par développer des comportements compulsifs qui consistent à inventer toutes sortes de stratégies complexes. Ces stratégies visent à pouvoir se masturber dans des endroits où il peut voir ou entendre d'autres couples qui entretiennent des activités sexuelles. Ce patient est malheureusement incapable de fonctionner autrement.

Les expériences sexuelles positives et négatives construisent la sexualité de l'être humain. Le plaisir solitaire est la pratique la plus commune des débutants dans la sexualité. Ensuite seulement viennent les premières expériences à deux. Elles ne sont habituellement pas très satisfaisantes au début. Mais la plupart des hommes et des femmes s'ajustent et finissent par fonctionner sexuellement de manière épanouissante. Or, on retrouve presque toujours chez les personnes souffrant d'HP une difficulté à passer d'expériences insatisfaisantes et/ou traumatisantes à des expériences positives. Ce qui explique aussi une prévalence plus forte d'HP parmi les personnes qui ont vécu des expériences d'inceste ou d'abus sexuels (Courtois, 1979). Pour certains d'entre eux, ces comportements sexuels dysfonctionnels rempliraient une fonction de recherche de sécurité, d'affection ou d'attention de la part d'autrui.

Ces individus peuvent être complexés, mal dans leur peau, peu sociaux et peu imaginatifs en dehors de leur HP. Même si certains hommes ou femmes souffrant d'hypersexualité peuvent apparaître comme de grands séducteurs ou séductrices pleins de charme, leur registre fantasmatique est souvent pauvre. Leur fonctionnement sexuel tourne autour d'une quête incessante d'une forme de Graal sexuel. Ce Graal sexuel peut être défini comme la recherche perpétuelle d'une intense émotion sexuelle déjà vécue ou fantasmée.

Cas clinique

Prenons pour exemple ce patient, Aurélien, qui cherchait sans cesse à surprendre des femmes en train d'uriner. Lors d'un séjour à la campagne alors qu'il était adolescent, Aurélien avait aperçu au bord d'un chemin une jolie voisine qui ne l'avait pas remarqué. Pour lui faire une surprise, il s'était caché derrière un talus et l'avait observée. Se croyant seule, la jeune femme avait avancé vers sa cachette où elle décida d'assouvir un besoin pressant. Elle avait relevé la jupe, baissé sa culotte et uriné à seulement quelques mètres de lui. Aurélien en ressentit une soudaine érection et une incroyable excitation. En vérité, il ne vit pas grand-chose. Mais, par la suite, il transforma ce souvenir en inventant divers détails excitants. Revivre un tel émoi était devenu son Graal sexuel. Aurélien chercha à reproduire cette situation en se cachant dans les toilettes des filles, mais cela n'aboutissait souvent à rien sauf à une pénible attente dans des lieux malodorants. Et même s'il finissait par arriver à ses fins et pouvait s'exciter en apercevant quelques mictions féminines, cela n'avait jamais la même intensité que la première

expérience champêtre. Parfois, si la fille ressemblait un peu à son ex-voisine, il parvenait à éprouver un plaisir plus grand mais sans jamais revivre l'intensité de la première excitation (ou du moins le souvenir qu'il en avait).

La plupart des patients atteints de ce type de problématique tentent soit de concilier leur HP avec une certaine vie amoureuse, soit de la réguler dans un cadre acceptable.

Cas clinique

(Suite)

Si nous revenons à l'exemple d'Aurélien, il a effectivement demandé aux amourettes qu'il a rencontrées d'uriner devant lui. Non seulement cette demande entraîna plusieurs ruptures (les jeunes femmes étant souvent choquées par sa « perversité ») mais, même avec des filles plus délurées, cela ne fonctionnait pas mieux. D'une part, le patient trouvait finalement peu excitant qu'une fille fasse cela en pleine conscience, juste pour lui faire plaisir. Et d'autre part, c'est lui-même qui finissait par être dérangé du fait qu'une fille dont il était amoureux puisse s'abaisser à faire une telle chose. Et lorsqu'il tentait de faire l'amour « normalement », cela ne se passait généralement pas bien, ou il devait se concentrer continuellement sur son fantasme particulier.

Nous voyons ici le contraste entre d'une part un Graal sexuel fantasmé en quelque chose d'« hyper-méga-excitant » et une sexualité « classique » vécue comme pauvre, banale et très peu satisfaisante (figure 17.1).

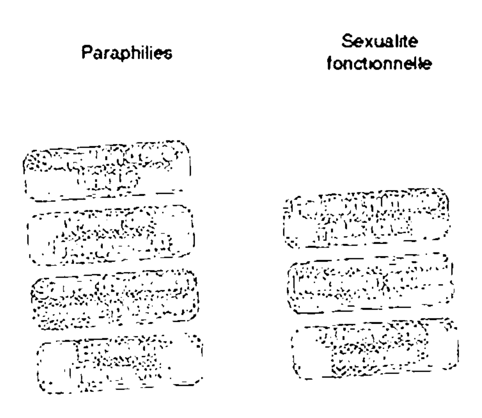


FIGURE 17.1. Balance des avantages perçus dans la paraphilie.

Tableau comparatif des perceptions émotives et cognitives des sujets souffrant de paraphilie

« Graal » sexuel	**Sexualité « classique »**
Expériences éblouissantes Originalité Beaucoup d'excitation	Expériences décevantes Banalité Peu d'excitation

Plusieurs hommes pensent trouver une solution en menant une double vie. D'une part, ils s'accommodent plus ou moins d'une vie de couple stable (mais sexuellement pauvre) et, d'autre part, ils continuent à poursuivre leur Graal sexuel clandestinement. Mais plus ils s'investissent en temps, en émotions et en expériences sexuelles intenses dans leur HP, plus leur vie amoureuse et sexuelle conjugale rétrécit comme peau de chagrin.

Aussi étrange que cela puisse paraître, les expériences sexuelles HP (même celles qui semblent vraiment bizarres ou carrément ridicules) sont toujours vécues par le patient comme bien plus excitantes que des rapports sexuels « classiques ».

S'il nous est facile de concevoir qu'il existe beaucoup de plaisir sexuel à multiplier les conquêtes amoureuses (comme c'est le cas pour certaines formes d'hypersexualité), le plaisir d'un homme qui s'excite sexuellement exclusivement avec des femmes qui ont une jambe dans le plâtre (une forme d'abasiophilie) nous est beaucoup moins accessible de prime abord. Or, ces deux comportements dysfonctionnels répondent aux mêmes principes.

Le premier principe est celui de l'imprédictibilité. Comme pour les joueurs compulsifs[15], les patients HP sont souvent « accros » à l'aléatoire. Aucune situation n'est jamais gagnée d'avance. Le séducteur compulsif éprouve sa plus grande part d'excitation et de plaisir lorsqu'il « chasse » et qu'il ne détient pas encore l'assurance que la fille va céder à ses avances. Cédera, ne cédera pas ? Là se trouve le véritable plaisir. L'homme qui souffre d'abasiophilie éprouve aussi les sensations les plus intenses lorsqu'il a repéré une femme plâtrée et s'imagine déjà avoir des rapports sexuels avec elle. Acceptera-t-elle qu'il se masturbe devant sa jambe plâtrée ? Quel type de plâtre a-t-elle ? Autant de questions encore sans réponse qui procurent un immense plaisir sexuel anticipatoire

Le deuxième principe est le goût du risque ou de la transgression. On trouve rarement des exhibitionnistes ou des voyeurs dans les camps de naturisme. Car, lorsqu'un comportement est permis, facile, accessible ou banal, il perd toute sa saveur pour les sujets souffrant d'HP. Ainsi,

15. Des études menées sur des rats ont montré que des récompenses aléatoires déclenchent plus de dépendance que des récompenses fiables et prévisibles.

même pour des pratiques sexuelles tolérées (comme les rencontres sexuelles sur Internet), ce qui excite le plus les personnes avec des HP, c'est le défi, la difficulté, de même que rechercher certaines formes de transgression comme de séduire des femmes mariées, très amoureuses d'un autre homme ou très jeunes. Pour le patient compulsif aux femmes plâtrées, c'est la nature même de son étrange obsession qui l'excite. Le fait que cela peut choquer les bonnes consciences est à la fois source de culpabilité et source d'un intense plaisir transgressif.

Le troisième principe est le peu d'intérêt pour l'acte sexuel lui-même. Lorsqu'il a obtenu ce qu'il désirait, l'homme qui souffre de séduction compulsive disparaît rapidement et passe à la suivante. Pour celui qui est obsédé par les femmes plâtrées, lorsqu'elles consentent éventuellement à exhiber leur plâtre devant lui et à le laisser s'en exciter, une grande partie du plaisir a déjà disparu. L'analyse fonctionnelle des comportements sexuels dyadiques des patients souffrant d'HP montre presque toujours une activité coïtale réduite, rapide et peu jouissive.

Le quatrième principe est le peu d'interactions avec la (le)[16] partenaire. L'individu souffrant d'HP est essentiellement centré sur lui-même et sa propre excitation. Même si son plaisir peut être grandement lié aux réactions de l'autre (par exemple, excitation liée à la surprise de la femme chez l'exhibitionniste[17]), il ne s'intéresse à l'autre que pour mieux se connecter à son propre plaisir. Le séducteur compulsif se préoccupe peu de savoir si ses conquêtes souffriront ou non d'être rapidement délaissées. L'abasiophile s'intéresse beaucoup plus au handicap, la chaise roulante ou la jambe plâtrée, qu'à la femme elle-même. Ce manque d'altruisme caractéristique explique peut-être pourquoi certaines formes de psychopathie sont parfois corrélées avec diverses paraphilies et hypersexualité.

Le cinquième principe est l'accumulation d'expériences sexuelles médiocres. Comme la plus grande part de l'excitation sexuelle est vécue en anticipation de l'acte, il reste peu d'énergie et d'excitation pour le rapport sexuel proprement dit. En outre, comme nous le verrons ultérieurement, l'univers fantasmatique est restreint et les sources d'excitation très limitées. Les érections sont généralement fragiles, le sujet a

16. Pour faciliter la lecture, nous écrivons comme si tous les patients vivaient des relations hétérosexuelles. Mais il existe évidemment des situations d'homosexualité ou de bisexualité. Il ne s'agit en aucune manière d'une forme d'ostracisme de notre part vis-à-vis des personnes à la sexualité homosexuelle.

17. D'une façon générale, nous préférons écrire « personne souffrant d'exhibitionnisme » plutôt qu'« exhibitionniste ». En effet, il nous paraît limitatif et normatif que de réduire un être humain à son problème sexuel. Cette façon de s'exprimer permet aussi au patient de prendre du recul par rapport à sa dysfonction et à ne pas en faire une identité. Si nous dérogeons parfois à cette règle dans ce texte, c'est uniquement pour fluidifier la lecture.

souvent besoin de se stimuler lui-même (masturbation) et son excitation en dents de scie provoque régulièrement une éjaculation prématurée. Les partenaires expriment fréquemment leur insatisfaction et le patient se sent diminué, dévalorisé ou parfois humilié par son incompétence. Il n'aspire alors qu'à une chose : replonger de plus belle dans son univers fantasmatique égocentrique.

Cognitions et émotions sexuelles

À première vue, les sujets souffrant d'HP ont une imagination débordante. En effet, ils sont capables de développer des stratégies très élaborées pour atteindre leur but et assouvir leur compulsion. Certains hommes souffrant d'hypersexualité sont devenus des as de la séduction sexuelle remplissant des livres entiers avec leurs techniques. Il existe des paraphiles qui consacrent toute une partie de leurs journées à élaborer des plans sophistiqués pour tenter d'atteindre leur étrange Graal sexuel. Toutefois, toute l'énergie mentale mise en place pour développer des idées en lien avec l'HP ne semble plus disponible pour construire des cognitions sexuelles saines.

Les hommes HP sont souvent ignorants quant à la sexualité féminine et les femmes HP sont imprégnées de préjugés quant à la sexualité masculine. Leurs connaissances sont aussi basiques pour tout ce qui concerne les pratiques autres que celle qui les obsède.

Dès lors, leur cerveau alimente en permanence les cognitions sexuelles qui entretiennent et renforcent leur problématique, tandis qu'il néglige toutes les pensées qui leur permettraient d'élargir leur fonctionnement sexuel.

Les pensées en lien avec leur obsession alimentent les « circuits du plaisir » bien connus en neurosciences. Cela va provoquer une inhibition de la libération de sérotonine au profit d'une production accrue de dopamine dont la cible principale est le système mésolimbique, mais également d'autres zones cérébrales. En outre, on suppose que les patients avec HP, tout comme les joueurs compulsifs ou les drogués, souffrent d'un déséquilibre du système sérotonine-noradrénaline qui entraîne un emballement de la production de dopamine (dite « hormone du plaisir »). Normalement, le bien-être associé à la rencontre affective et sexuelle ainsi que l'orgasme permettent un rééquilibrage de la biochimie du cerveau. La sensation de satisfaction et de satiété sexuelle permet au sujet normal de penser à autre chose et de ne pas souhaiter recommencer avant un certain temps.

Or, ce rééquilibrage cognitif et émotif ne semble pas se produire chez les patients avec HP. La stimulation trop fréquente des circuits du plaisir induirait ces comportements HP (Holden, 2001 ; Mick & Hollander, 2006). L'assouvissement de leurs pulsions déviantes ne leur

apporte que peu de bien-être et au contraire beaucoup de sentiments pénibles comme la tristesse, la solitude, la honte ou la culpabilité. De façon imagée, on peut dire que le cerveau de ces paetients reste « sur sa faim ». Il cherche alors à se « nourrir » à nouveau de pensées sexuelles obsessives-compulsives qui l'alimentent en dopamine.

Il peut sembler étrange qu'un individu puisse s'exciter sexuellement pour des choses qui paraissent absurdes, dégoûtantes ou ridicules. Il est difficile de concevoir qu'un être humain puisse éprouver de l'attirance sexuelle pour des excréments, des cadavres ou des couches-culottes. Or, ces patients ne sont généralement pas fous, dans le sens schizophrénique du terme. Ils ont parfaitement conscience que leur attirance sexuelle est bizarre et socialement réprouvée. Mais, de façon finalement assez cohérente, plus la déviance sexuelle suscite la réprobation sociale, plus elle est sexuellement excitante.

On retrouve le même mécanisme psychique, mais à un degré bien moindre, chez de nombreux sujets dits « normaux ». Prenons, par exemple, le fantasme de sodomie présent chez la majorité des hommes occidentaux contemporains. D'aucuns peuvent estimer que la pénétration anale est une pratique perverse, dégoûtante, malsaine ou grotesque, en tous points comparable à certaines paraphilies. Et pourtant, ce qui excite bien des hommes dans le fantasme ou la mise en pratique de la sodomie, c'est justement son côté transgressif, tabou et interdit.

La transgression d'un interdit social est un puissant incitateur sexuel. La plupart des fantasmatiques sexuelles féminines et masculines (de gens en bonne santé sexuelle) tournent autour de l'idée de faire quelque chose qui n'est pas conforme à l'attente sociale. Faire l'amour dans un lieu public, coucher avec un homme en uniforme, être forcé à faire des choses sexuelles indécentes ou copuler avec plusieurs personnes sont autant de fantasmes d'une grande banalité. Et ce qui les rend excitants, c'est justement qu'ils sont quelque peu transgressifs.

Les patients qui souffrent d'HP expliquent clairement combien la peur de se faire prendre, l'impression d'être différents des autres et la sensation de transgresser un interdit démultiplient leur excitation sexuelle. Certes, ils ne choisissent pas volontairement leur compulsion sexuelle : « C'est toujours la rencontre singulière entre un sujet et une expérience qui conduira ou non à l'engagement dans un processus morbide. » (Dalleur & Matysiak, 2002) Mais plus elle est susceptible de choquer la bienséance, plus elle est excitante et stimulante.

En conclusion, on peut considérer que si l'étiologie des HP reste en partie encore méconnue, son fonctionnement et son maintien peuvent parfaitement s'expliquer et répondre à une logique psychique tout à fait compréhensible (figure 17.2).

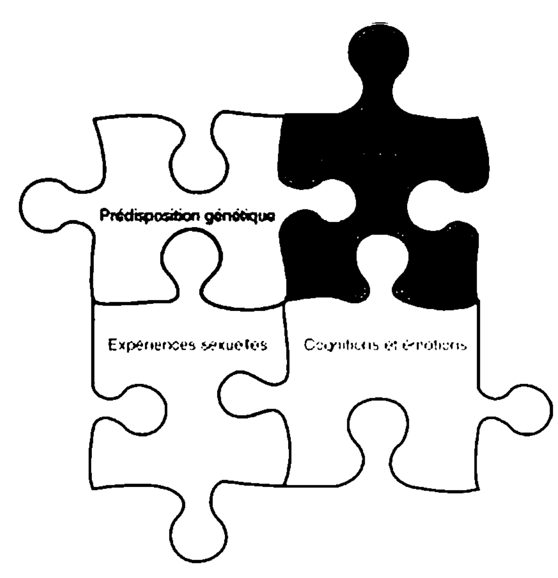


FIGURE 17.2. **Imbrications et interactions des facteurs étiologiques des paraphilies.**

Traitement

Motivation

La première étape du traitement passe par la prise conscience de la problématique. Dans le cas des HP, la plupart des sujets nient d'abord que leur fonctionnement sexuel est problématique.

Cas clinique

Prenons pour exemple un homme que nous prénommerons Gérald et qui se masturbe quotidiennement devant des films pornographiques. Pendant longtemps, il a banalisé son cas. À son épouse qui se plaignait de cette pratique, il répondait qu'il n'y a rien d'anormal à aimer la pornographie et que c'est le cas de tous les hommes. Il refusa donc longtemps d'admettre que cette pratique soit un problème pour lui. C'était sa femme qui était « coincée » ou pudibonde.

Nous retrouvons ici une caractéristique commune à la majorité des individus avec HP. Ce n'est pas eux qui ont un problème, c'est leur partenaire ou la société en général qui est intolérante. Par exemple cet homme qui s'excitait sur les culottes de personnes âgées : il avait élaboré toute une théorie philosophico-politique pour expliquer que notre société impose une tyrannie du jeunisme et nie l'érotisme de la

vieillesse. À l'écouter, renifler des culottes usagées de vieilles dames en se masturbant était presque un acte militant et libérateur. Il est probable que ces autojustifications socio-politiques remplissent une fonction psychologique déculpabilisante et permettent de retarder le moment de la confrontation au réel. Si le patient finit par consulter, c'est généralement sous la pression : la pression du partenaire, du système judiciaire ou de la famille. Or, lorsque le patient lui-même n'est pas convaincu que son comportement sexuel est problématique, le pronostic est défavorable.

Le sexothérapeute doit donc commencer par évaluer la motivation du patient. Est-ce qu'il veut vraiment, lui-même, changer son comportement sexuel ?

Le souci de désirabilité sociale, bien connu en psychologie, est à l'œuvre ici. Il est bon, bien et normal de vouloir se débarrasser d'une sexualité déviante (Levine Tiefer, 2004). Pour faire plaisir au thérapeute, le patient risque de prétendre qu'il veut changer alors qu'il ne le désire pas vraiment. Il confrontera alors le clinicien à l'échec par un véritable autosabotage. Il pourra alors proclamer qu'il a « tout essayé » mais que son mal est incurable, et donc continuer à « profiter » tranquillement de la sexualité qu'il connaît.

Il est possible de contourner ce problème si le clinicien est prêt à jouer à l'avocat du diable. Dans le cas d'HP inoffensives pour autrui, voici le type de dialogue que le sexothérapeute peut tenir avec son patient : *Thérapeute :* Finalement, vous ne faites de mal à personne avec votre comportement sexuel... *Patient :* Oui, mais c'est tout de même bizarre cette lubie de s'exciter sur les chaussures à talon... C'est anormal non ? *Thérapeute :* Vous savez, il y a beaucoup d'hommes qui trouvent sexy les chaussures à talons hauts... *Patient :* Oui, mais moi je me masturbe juste devant une paire de chaussures toute seule. Ça c'est pas si courant quand même ? *Thérapeute :* Non, effectivement, c'est inhabituel. Mais cela ne vous empêche pas de faire l'amour comme tout le monde avec une femme ? *Patient :* Si, justement, quand elle ne porte pas de talons aiguilles, je suis incapable d'avoir une érection. *Thérapeute :* Effectivement, c'est un souci. Mais il y a bien des femmes qui acceptent ce genre de fantasme de temps à autre ? *Patient :* Oui, docteur, mais à long terme et à chaque fois, cela finit par les exaspérer. J'ai déjà vécu plusieurs ruptures à cause de cette situation. Peu de femmes sont prêtes à épouser un homme qui a des habitudes sexuelles telles que les miennes. *Thérapeute :* Vous avez raison, monsieur. Mais qui vous oblige à vous conformer totalement au modèle social ? Qui vous oblige à être heureux en ménage et fonder une famille ? Vous pourriez rester seul toute votre vie et vous adonner tranquillement à votre préférence sexuelle. *Patient :* Oui, mais justement, j'en ai un peu marre de rester tout seul à cause de ma manie sexuelle. J'aimerais m'en libérer...

Dans ce type de dialogue, ce n'est pas le thérapeute qui tente de convaincre le patient qu'il a un problème. Mais c'est le patient qui, par

lui-même, découvre les limites et inconvénients de son comportement sexuel. Cela change toute la dynamique de l'entretien. Le thérapeute ne se pose pas en gardien des valeurs morales de la société. Il ne se range pas d'emblée dans le camp des « méchants » qui embêtent le patient depuis des années avec sa « différence » sexuelle. Il n'intervient que pour diminuer la souffrance du patient. En tant que sexologue, il peut même se permettre une grande ouverture d'esprit vis-à-vis des comportements sexuels les plus bizarres.

Le patient peut fantasmer sur le fait que le sexologue ait déjà tout entendu, tout vu, et est donc blasé face aux lubies sexuelles les plus étranges. C'est alors au patient de convaincre le thérapeute que sa souffrance est suffisamment présente pour désirer un changement et sa motivation suffisamment importante pour entamer une sexothérapie.

Il est illusoire de vouloir traiter une HP si le patient n'est pas très motivé, en effet, il est souvent ambivalent face à son fonctionnement sexuel. D'une part, le patient reconnaît que son comportement sexuel présente des désagréments, cela lui prend du temps (certains compulsifs consacrent plusieurs heures par jour à leur obsession sexuelle), l'isole socialement, le rend bizarre face à autrui, lui demande de mener une « double vie », lui coûte cher, risque de ruiner sa carrière, et l'empêche de mener une vie amoureuse « normale ». D'autre part, le patient tient à l'HP et l'idée d'abandonner cette pratique sexuelle lui est atroce. Rationnellement, il sait que c'est pour son bien, mais émotionnellement il a peur de perdre son « bébé ».

Le thérapeute commencera par inventorier les bénéfices secondaires de l'HP. Cela étonnera parfois le patient quand le clinicien demande : « Quels sont les avantages de votre préférence sexuelle actuelle ? » Pourtant, ils sont parfois nombreux :

- excitation psychique et sexuelle intense ;
- réducteur de stress et effet momentanément apaisant ;
- compensation de frustrations ;
- sentiment d'être spécial, différent, rebelle, hors norme, unique ;
- autonomie, pas besoin de partenaire pour se satisfaire sexuellement ;
- sentiment de puissance, d'originalité, de fierté.

Par ailleurs, la paraphilie devient parfois un véritable hobby qui, dans sa forme compulsive, est chronophage. Comme cet homme qui consacrait presque toute sa journée à chercher des petites culottes féminines usagées. Lorsque le patient tente d'arrêter, il s'ennuie, sa vie paraît tout à coup bien vide et il déprime.

Sur le plan sexologique, l'HP est souvent la seule forme de sexualité satisfaisante que connaît le patient, y renoncer revient à renoncer à la sexualité. C'est souvent une idée insupportable au patient.

L'idée circule que le seul moyen de se débarrasser d'une HP addictive est de suivre un processus comparable à celui des alcooliques anonymes

(Carnes, 1992). Admettre qu'on est « sexolique », qu'on le restera toute sa vie, passer par un programme en douze étapes et espérer devenir un sexolique abstinent. Quant aux autres thérapies connues des patients, elles tournent autour d'une longue cure où il faudra ressasser son enfance à longueur de séance sans espérer guère de soutien de la part de l'analyste. Quand les patients songent finalement aux traitements comportementaux, ils imaginent parfois l'utilisation de moyens radicaux comme la prise de médicaments ou les thérapies aversives incluant des décharges électriques... Aussi, le patient est généralement persuadé que le traitement consistera à le priver définitivement et à jamais de ce que nous avons nommé son Graal sexuel. Cette idée pénible explique en partie la motivation faible et le taux d'abandon élevé.

Il importe, dès la première séance, d'informer le patient sur quelques données de base :

- c'est le patient qui fixe les objectifs et c'est lui qui décide du rythme à suivre ;
- c'est le patient qui décide ce qu'il veut changer ou conserver dans ses habitudes sexuelles ;
- il est possible de conserver des pratiques sexuelles originales ou des fantasmes érotiques étranges à condition qu'ils puissent s'intégrer dans une vie sexuelle globalement satisfaisante, y compris dans son aspect dyadique et social.

Cette dernière donnée mérite quelques précisions. Prenons pour exemple le patient qui aime les chaussures de femme. On peut très bien concevoir qu'à l'occasion, il se masturbe encore seul devant une paire de hauts talons ou qu'il demande à sa partenaire de conserver ses chaussures durant l'acte. Mais, idéalement, cela ne devrait plus interférer avec sa vie générale (prendre trop de temps, occuper trop de pensées) ou avec sa vie sexuelle dyadique (il devrait pouvoir régulièrement faire l'amour avec sa partenaire sans chaussures).

Lorsque le patient s'est persuadé lui-même que sa vie sexuelle est problématique pour son épanouissement personnel, il est alors prêt pour entamer une thérapie. Et sa motivation sera plus élevée s'il comprend que la sexothérapie ne signifie pas renoncer à son Graal sexuel, du moins, ni totalement, ni immédiatement, ni définitivement.

Analyse fonctionnelle

Il s'agit d'analyser en détail le fonctionnement sexuel du patient.

En première partie, il s'agit d'étudier les éléments en lien avec son HP. Qu'est ce qui l'excite sexuellement, quels détails particuliers ? Quelle sensation sexuelle est la plus forte pour lui ? Pourquoi ? Dans quelles circonstances ? À quelle fréquence ? Depuis combien de temps cela se produit ? Comment est-ce apparu ? Etc.

Les questions sont posées en tenant compte des cinq dimensions inspirées de la sexothérapie sexofonctionnelle[18] (émotion, cognition, comportements, réactions biophysiologiques, environnement conjugal et social). Ce qui amène des questions telles que : que ressentiez-vous ? Colère, peur, joie, tristesse, puissance, honte, frustration, etc. À quoi pensiez-vous ? Fantasmes, idées érotiques, besoin de performance, etc. Que faisiez-vous exactement ? Se masturber d'une certaine façon, se cacher, regarder un détail, etc. Que ressentiez-vous dans votre corps ? Palpitations cardiaques, hyperventilation, érection, contraction des abdominaux, etc. Quelle est la réaction de votre entourage ? Rejet de la partenaire, questionnements des amis, poursuites judiciaires, etc.

En analysant en détail le fonctionnement de l'HP, on arrive a en établir le fonctionnement en cercle vicieux (figure 17.3). Ce fonctionnement se retrouve dans pratiquement toutes les HP.

Cas clinique

Pour illustrer le cercle vicieux de l'HP, analysons la situation de Bernard, 43 ans au moment de la consultation. Il s'agit d'un cas plus facile car il est marié depuis 3 ans et est heureux en ménage. Il désire avoir un enfant et

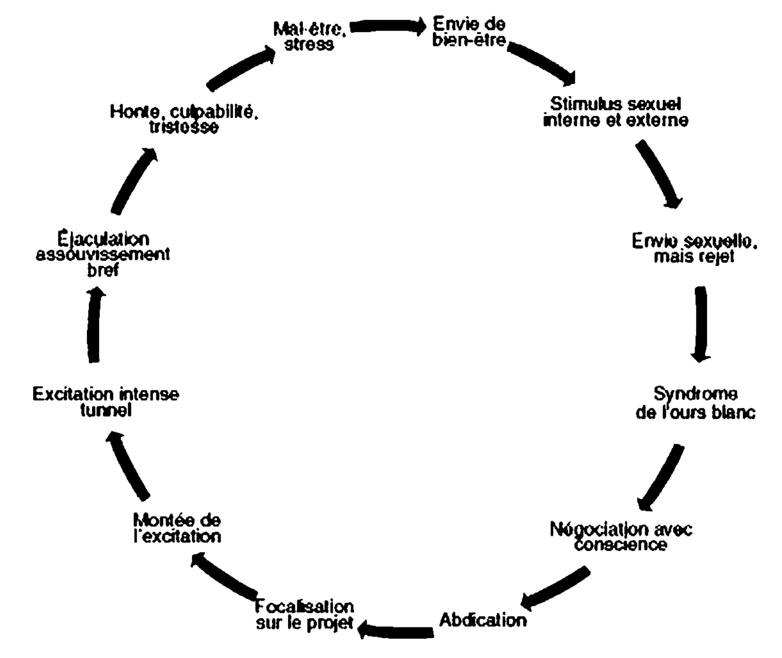


FIGURE 17.3. Cercle vicieux de l'HP.

18. Méthode sexothérapeutique inventée et élaborée par François de Carufel.

cette décision importante pour lui justifie sa démarche. Il exprime avoir toujours été sexuellement excité par les jupes de femmes. Deux à trois fois par semaine, il ne peut s'empêcher de se masturber devant un miroir tout en portant une jupe. Après investigation approfondie de son comportement sexuel, on peut poser le diagnostic d'une paraphilie de type fétichiste. Trois des quatre critères diagnostiques sont présents :

1. compulsion (il y pense et le fait trop souvent) ;
2. inadaptation sociale (sa pratique lui fait honte, il la cache à sa femme et, de son propre aveu, c'est une habitude totalement inappropriée) ;
3. souffrance (le sujet en est très malheureux et a peur qu'en le découvrant sa femme soit anéantie).

Toutefois, le quatrième critère n'est pas présent : sa paraphilie n'est pas (plus...) exclusive : il est capable de mener à bien des rapports sexuels avec sa femme même si elle ne porte pas de jupe durant l'acte. Ce point est très encourageant quant au pronostic de réussite du traitement. Il se désole cependant du fait que c'est pour lui beaucoup moins excitant de penser à la sexualité avec sa femme que de penser à se masturber avec une jupe.

L'analyse des expériences et empreintes sexuelles du patient apporte un éclairage. Vers l'âge de 15 ans, il découvre assez tardivement la masturbation. Il fantasme sur une amie de sa sœur qui porte de jolies jupes. Il découvre le plaisir de l'éjaculation en se stimulant avec une jupe de sa sœur. Il en ressent une énorme culpabilité, car c'est pour lui un mélange de perversion (se masturber + s'exciter sur une jupe) et d'inceste (utiliser la jupe de sa sœur). Il voudrait ne plus faire ce genre de chose mais, malgré ses multiples bonnes résolutions, il récidive à chaque fois. Il décrit que plus il essaie de ne pas y penser, plus il y pense et que cela l'excite. Précisons qu'à cet âge, Bernard ne connaît aucune autre forme de sexualité. Il est très timide et complexé. Sa vie sexuelle se limite à la masturbation avec des jupes. Nous posons l'hypothèse qu'à cette époque une empreinte émotivosexuelle forte s'imprime dans son cerveau. Par le principe classique de renforcement positif, chaque jouissance éjaculatoire accompagnée d'une jupe le convainc que c'est le plaisir sexuel le plus intense. En comparaison, les premières expériences sexuelles tardives avec des filles (après 20 ans) ne lui laissent qu'un souvenir en demi-teinte : satisfaction d'être un homme « normal » qui peut coucher avec les filles, mais insatisfaction quant à ses prestations (il a tendance à éjaculer trop vite). Dans la balance psycho-sexuelle, le plaisir masturbatoire de la jupe pèse beaucoup plus lourd que le plaisir sexuel dyadique.

Bernard vit très mal sa paraphilie. Il en a honte, se sent mal et y pense tous les jours. Cela lui « pourrit le cerveau », comme il dit. Il vit donc en permanence un état de mal-être. Aussi, lorsqu'il aperçoit une femme en jupe, il ressent comme une éclaircie, un rayon de soleil dans le ciel gris de ses pensées. Cela le stimule, l'excite. Il songe alors à l'envie de

se masturber avec une jupe. Dans un premier temps, il tente de résister. Il trouve son envie sexuelle malsaine, sale. Il sait que cela ne lui apportera rien de bon. Il tente de se concentrer sur son travail. Sans succès. Plus il essaye de ne pas y penser, plus il y pense. C'est le « syndrome de l'ours blanc ». Il songe alors que peut-être il se sentirait mieux s'il passait à l'acte. Juste un petit coup, pour la dernière fois, après il travaillera mieux. Bref, il négocie avec sa conscience pour trouver une alternative moralement acceptable. Il alterne entre une forme de résistance et l'envie de craquer. Le combat est plus ou moins long. Mais, neuf fois sur dix, il abdique et décide de passer à l'acte. Il ressent alors une forme de lâche soulagement. Il se sent mieux. Il est plein d'énergie. Il peut focaliser toute son attention, toutes ses pensées sur la réalisation de son désir : mettre une jupe et se masturber. Il imagine déjà combien ce sera excitant, palpitant, jouissif. Son excitation psychique s'envole tandis que son excitation physique reste faible. Parfois il a déjà une érection, parfois pas. Mais mentalement, il est déjà au septième ciel. Son comportement est presque automatisé tant ses pensées sont focalisées sur l'anticipation du plaisir à venir. Plus rien n'existe sauf le désir de jupe et de masturbation. Il entre dans une sorte de « tunnel psychique ». Il est comme hypnotisé par le désir. Un tremblement de terre se produirait que cela ne changerait rien à ses plans. Il est prêt à prendre tous les risques. Il ouvre une armoire. Les mains tremblantes, il enfile la jupe, se place devant le miroir, soulève la jupe, voit son sexe en érection et se masturbe d'une manière très rapide et très intense. Il éjacule rapidement après seulement quelques secondes. Et immédiatement, alors que l'éjaculation n'est pas encore terminée, toute la tension physique et psychique retombe. Il ressent alors comme une immense vague de honte, de culpabilité et de dégoût de lui-même. Il s'efforce alors d'effacer toute trace de son « méfait ». Il se lave, désodorise la pièce, vérifie que la jupe n'est pas tachée, etc. Il se jure alors qu'il ne recommencera plus, que c'est tellement stupide, que ce serait terrible si sa femme l'apprenait, qu'il est un malade, un imbécile, un moins-que-rien, de faire de pareilles choses. Il retourne à son travail en s'efforçant d'oublier l'incident et en se sentant mal dans sa peau et stressé. La boucle est bouclée.

Syndrome de l'ours blanc

L'origine de ce phénomène psychique remonterait à une anecdote rapportée par Tolstoï. Dans son enfance, pour l'ennuyer, son frère lui demanda de rester debout dans un coin de pièce en se forçant à ne pas penser à un ours blanc. Évidemment, le petit Léon se mit à penser intensément à un ours blanc. Des expériences scientifiques ont depuis confirmé le phénomène de renforcement des pensées réprimées.

Lors de cette analyse fonctionnelle, on évalue aussi avec le patient en quoi l'HP est problématique. Pour l'illustrer, revenons à Gérald qui se masturbe chaque jour devant des films pornographiques. Après avoir minimisé le problème, il reconnaît que cela présente certains inconvénients. D'abord, il concède que son envie de rapprochement sexuel avec sa femme est en forte diminution. Lorsqu'il a éjaculé une ou deux fois dans la journée devant son écran, le soir venu, il n'a plus beaucoup d'énergie sexuelle pour sa compagne. Ensuite, il éjacule très difficilement avec elle et ne parvient à s'exciter que si elle adopte des comportements comparables à ceux des actrices pornographiques. Enfin, il perd du temps et de l'argent en consommant autant de films pornographiques.

En seconde partie, l'analyse fonctionnelle porte sur le fonctionnement social, affectif et sexuel du patient. Mène-t-il une vie affective et amoureuse épanouissante ? Peut-il fonctionner sexuellement sans la présence réelle ou fantasmatique de sa « préférence sexuelle[19] » ? Comment est-il intégré socialement ? A-t-il des amis ?

Très régulièrement, le patient doit admettre qu'en dehors de l'HP, son univers sexuel est plutôt réduit et sa satisfaction faible.

Objectifs

L'objectif du patient est en général assez ambitieux : mettre un terme à son obsession. Il voudrait ne plus y penser ou tout simplement ne plus avoir envie de le faire. Cet objectif est parfaitement légitime mais tout simplement irréaliste. Du moins à court terme.

Il convient d'orienter le patient vers un premier objectif plus modeste car, pour éviter les abandons, il est psychologiquement plus judicieux d'obtenir une série de petits succès qu'un grand échec. Comme pour le perchiste, on commence par ne pas mettre la barre trop haute. Ce premier objectif modeste pourrait être : « Diminuer de 20 % la fréquence du comportement sexuel problématique » ou « Être capable de rester une journée complète sans compulsion sexuelle ».

Les objectifs en sexothérapie cognitivo-comportementale (STCC) doivent présenter trois caractéristiques : être précis, mesurables et atteignables par le patient dans un délai raisonnable. Si le patient propose des objectifs tels qu'« allez mieux » ou « se débarrasser rapidement et définitivement de mon problème », il convient de l'aider à comprendre que ce sont des objectifs ultimes, mais que, dans un premier temps, il sera nécessaire de fixer des objectifs progressifs.

Si on prend le cas de Gérald qui se masturbe deux fois par jour devant des films pornographiques, le premier objectif est de choisir un

19. L'expression « préférence sexuelle » a l'avantage d'être moins jugeante ou culpabilisante dans la bouche du thérapeute que les expressions : paraphilie, obsession, perversité, déviance, manie, fétichisme, etc.

jour de la semaine où il ne se masturberait plus qu'une seule fois. Le patient choisit le mercredi. Ensuite, on propose que le mercredi devienne un jour d'abstinence sexuelle complète. Puis, la pratique masturbatoire est réduite pour les autres jours, jusqu'à arriver à atteindre une fréquence raisonnable de deux ou trois masturbations par semaine. Il est intéressant de noter que, contrairement aux méthodes d'abstinence totale et immédiate, il est possible – pour la majorité des HP – de proposer un maintien du comportement sexuel particulier sur le long terme. Mais lorsqu'il finit par être sous le contrôle du patient, le comportement sexuel – même s'il reste hors norme – n'est plus problématique pour le patient et son entourage. Ce n'est pas un problème pour Gérald de regarder un film pornographique deux ou trois fois par semaine. L'avantage de cette manière de procéder est de ne pas « détruire » le Graal sexuel du patient. On lui laisse l'espoir de conserver – au moins une partie – de ce qui était sa source unique ou principale de plaisir sexuel. Et le plus fascinant, c'est qu'en fin de thérapie, lorsque le patient découvre le plaisir et la satisfaction d'une sexualité fonctionnelle, il finit parfois par abandonner lui-même toute envie de son Graal sexuel. Il découvre alors que ce Graal était un mythe, et que sa poursuite incessante était plus un fardeau qu'un plaisir. Mais avant d'atteindre cet objectif ultime, il convient de garder à l'esprit que l'on ne peut impunément faire disparaître une pratique sexuelle qui est très gratifiante pour le patient sans la remplacer par une autre pratique sexuelle intéressante.

D'emblée, on ne peut dire à Gérald : « Arrêtez de vous masturber et faites autre chose. » Il convient de fixer aussi comme objectif une amélioration de la sexualité fonctionnelle dyadique. Un autre objectif pourrait donc être : « Être capable de faire l'amour avec sa partenaire de façon agréable une ou deux fois par mois. »

Le sexothérapeute poursuit avec le patient un double objectif : réduction de la sexualité dysfonctionnelle et augmentation de la sexualité fonctionnelle. Et il en fixe les différentes étapes avec le patient.

Le patient est averti de deux éléments : (*i*) il n'atteindra peut-être pas certains objectifs ; (*ii*) il va peut-être rechuter[20]. Si l'objectif n'est pas atteint, on le réévalue et on analyse avec le patient pourquoi il n'a pas été atteint et comment fixer un autre objectif plus facile à rejoindre. La rechute est dédramatisée. Une rechute, c'est juste une rechute, ce n'est généralement pas un drame, ni la fin du monde. Cela fait souvent partie du processus thérapeutique, comme un besoin de vérifier une dernière fois qu'on est prêt à vraiment quitter une mauvaise habitude. Le sexothérapeute ne juge pas le patient et l'accompagne emphatiquement à surmonter les échecs et rechutes.

---

20. Précisons que ces instructions ne sont valables que pour les HP inoffensives pour la santé physique du patient ou d'autrui. Elles ne peuvent être appliquées dans les cas de pédosexualité ou de sadisme par exemple.

Application du programme STCC

On peut s'attaquer au cercle vicieux de l'HP par plusieurs angles. Classiquement, les TCC tentent de freiner le comportement dysfonctionnel en empêchant sa reproduction et en agissant sur la prévention de la rechute (*relapse-prevention techniques*). On concentre donc l'énergie sur l'analyse de l'apparition du comportement inapproprié et le contexte de la rechute. On tente juste de faire du patient un « abstinent ». Cette approche a démontré une certaine efficacité (Penix Sbraga & O'Donohue, 2003). Cependant, on n'essaie pas de changer ses goûts sexuels qui sont par définition jugés comme inamovibles. Nous pensons que c'est une erreur de conception. Certes, les préférences sexuelles peuvent être assez stables dans le temps, toute sa vie, on peut, par exemple, préférer les blondes aux gros seins, ou les hommes bruns. Mais, ces préférences sexuelles sont d'autant plus rigides que le thérapeute et son patient sont tous deux intimement convaincus que cela ne peut changer. Nous pensons, au contraire, que les goûts et dégoûts sexuels sont loin d'être inamovibles. Pour illustrer notre propos, imaginons les préférences sexuelles d'un garçon de 15 ans. Il est probablement attiré par une jeune fille de 14 ans au visage angélique et son fantasme sexuel favori est peut-être d'imaginer faire l'amour avec elle dans un grand champ de blé. Si on demande à ce garçon si cela l'exciterait de coucher avec une femme de 60 ans habillée dans une tenue de cuir noir, il marquera probablement un profond dégoût. Or, il est tout à fait possible que 45 ans plus tard, c'est bien ce qu'il aimera et fera, et son envie d'amour champêtre avec des jouvencelles de 14 ans aura totalement disparu, du moins, nous l'espérons pour lui ! Cet exemple montre que – contrairement à une idée répandue – les préférences sexuelles des êtres humains sont fluctuantes dans le temps. Il existe des femmes qui sont dégoûtées par la fellation à 20 ans et qui l'adorent à 30 ans. Il y a des hommes qui pratiquent assidûment l'échangisme et le mélangisme à 35 ans et que cela n'intéresse plus du tout 6 mois plus tard. Tout cela est sujet à variation, à condition de croire que cela peut changer et évoluer.

Comment se fait-il alors que les patients souffrant d'HP semblent rester comme « fixés » à un comportement sexuel inapproprié ? Plusieurs hypothèses ont été présentées dans le paragraphe de l'étiologie. Nous pensons que deux éléments importants contribuent à cette fixation : le plaisir de transgression de l'interdit et la culpabilité non assumée. Nous proposons donc de réfléchir avec le patient sur ces deux points.

Remettre en cause l'idée d'interdit

Pour reprendre quelques exemples déjà mentionnés, s'exciter sur une jupe, des chaussures à talons hauts ou des films pornographiques n'a finalement rien de bien transgressif. Cela choque peut-être quelques

esprits bien-pensants, mais pas le sexothérapeute, ce n'est pas interdit de le faire. On peut dire au patient en une forme d'injonction paradoxale : « Pour moi, vous pouvez le faire[21]. Même si cela ne plaît pas à votre femme ou aux autres, cela reste votre décision. » Petit à petit, on amène le patient à l'idée que ces pratiques sexuelles ne sont pas révolutionnaires, rebelles ou follement originales, mais tout simplement un peu ridicules ou grotesques. Cette restructuration cognitive diminue déjà l'intensité de l'excitation psychique ressentie par le patient. Il ne pose plus un acte de rébellion transgressive (puisque le sexothérapeute avec son statut d'expert dit qu'il peut le faire) mais s'adonne à un comportement « bêtement » saugrenu.

Diminuer la culpabilité

Une étude (Reid et al., 2009) a montré que les patients avec HP avaient en moyenne plus de problèmes de honte et de culpabilité qu'un autre groupe de personnes pourtant aussi très actives sexuellement et ayant beaucoup de fantaisies. Cette honte entraîne de la frustration et une tendance à projeter et transférer cette émotion négative vers les autres. Ce qui entraîne parfois de l'agressivité vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis des autres (Elison et al., 2006), avec un risque plus élevé de passage à l'acte. Or, même les actes sexuels les plus bizarres, tant qu'ils restent inoffensifs, peuvent être dédramatisés. Renifler une culotte de femme usagée n'est pas un comportement glorieux, mais ce n'est pas non plus une monstruosité qui mérite une damnation éternelle et de la colère vis-à-vis des femmes. Le clinicien peut aider le patient à développer de l'empathie pour lui-même et apprendre à cesser de s'autodénigrer ; car les patients avec HP ont tendance à se sentir démoralisés et ont peu de ressources pour augmenter leur estime de soi (Adams & Robinson, 2001). Des techniques de pleine conscience (*mindfullness*) peuvent aider le patient avec HP à surmonter son sentiment de honte et à mieux gérer les émotions négatives associées (Reid et al., 2009). Le thérapeute peut expliquer que l'homme ne se réduit pas à son comportement. Il n'est pas un pervers, un obsédé, un malade, il est un homme avec des qualités et des défauts, et cet être imparfait souffre d'une hypersexualité et/ou d'une paraphilie, il n'est pas un hypersexuel ou un paraphilique. Il convient alors d'encourager le patient à pratiquer sa préférence sexuelle avec une culpabilité diminuée. Il a envie de se masturber avec une jupe ? Et bien qu'il le fasse et l'assume ! Et lorsqu'il éjacule, qu'il se dise : « J'ai choisi de le faire, et même si je me sens très mal maintenant, je choisis de ne pas m'insulter ou me rabaisser. Je m'efforce de

21. Précisons encore que ces instructions ne sont valables que pour les HP inoffensives pour la santé physique du patient ou d'autrui. Elles ne peuvent être appliquées dans les cas de pédosexualité ou de sadisme par exemple.

l'assumer. » Lorsque la culpabilité diminue, le mal-être et le stress sont réduits, aussi, les conditions prédisposant à la compulsion s'amenuisent considérablement. Il m'est arrivé que des patients cessent d'eux-mêmes toute activité sexuelle compulsive, le jour où ils assument complètement leur comportement inapproprié.

Éviter les situations stimulantes

Cette suggestion est la première qui vient à l'esprit du patient lui-même. Toutefois, il ne sert pas à grand-chose d'éviter les magasins de chaussures pour se guérir du fétichisme aux talons hauts. Au contraire, cela risque de rendre la confrontation avec l'objet fétiche encore plus stimulante. Mais il est intéressant de réfléchir à la situation dans laquelle se développe l'envie compulsive. Souvent, cette dernière se produit lorsque le sujet est fatigué, stressé, frustré ou s'ennuie. La compulsion est alors utilisée comme une échappatoire ou en récompense d'une rude journée de travail. Il est dès lors utile que le patient cherche à trouver d'autres activités intéressantes ou d'autres récompenses qui peuvent remplacer l'HP. L'objectif n'est pas tant d'éviter la confrontation avec la source de l'excitation mais plutôt de ne pas se retrouver fragilisé face aux stimuli.

Développer des hobbies

Les HP prennent une place importante dans la vie du sujet et dans ses pensées. Comme dans la loi physique des gaz parfaits, les pensées occupent tout le volume disponible. Si on diminue les pensées sexuelles obsédantes, il faut les remplacer par d'autres pensées. Il convient donc d'éviter le syndrome de l'ours blanc, il ne sert à rien de s'efforcer de ne pas penser à la compulsion sexuelle. Nous avons vu que plus on tente de ne pas y penser, plus on y pense. Il est préférable d'orienter ses pensées et son temps libre vers d'autres sources d'intérêt : sports, hobbies, collections, activités sociales, relations humaines, investissement affectif pour un partenaire, etc.

Structurer ses comportements HP

Il est généralement illusoire et contre-productif d'arrêter immédiatement le comportement sexuel inapproprié. Prenons comme exemple le cas de Gérald qui a souvent tenté d'arrêter de regarder des films pornographiques sur Internet. Il tenait le coup 2 ou 3 jours, puis retombait de plus belle avec une sensation d'impuissance et d'échec. Il est plus intéressant de lui suggérer d'établir un horaire de séances pornographiques sur la semaine (technique de prescription de symptôme). On peut faire la même chose avec Bernard en lui demandant quels seraient les meilleurs moments dans la semaine pour se masturber avec une jupe. La pratique HP est structurée et le patient s'engage à ne pas s'y adonner en dehors des heures prévues. D'une part, cela lui permet de

mieux surmonter les phases où l'envie compulsive le prend. Il ne doit pas tenir bon pour l'éternité, mais seulement jusqu'au prochain moment où l'activité est « autorisée ». Si le désir lui prend de se masturber à 13 heures, il doit seulement attendre jusqu'à 17 heures, qui est l'heure qu'il a fixée pour avoir le droit de le faire. D'autre part, lorsque le moment « réglementaire » arrive, très souvent, l'envie est passée, si le patient pratique malgré tout son HP, elle perd une grande partie de sa « saveur » lorsqu'elle n'est plus spontanée et transgressive. Il arrive alors que le patient trouve lui-même sa pratique sexuelle fade et ridicule. Un grand pas vers la rémission est alors franchi.

Restructurer le fonctionnement masturbatoire

Il est suggéré au patient de continuer à se masturber régulièrement (avec éjaculation) pour ne pas créer un effet de « manque sexuel » rendant les tentations beaucoup plus fortes. Toutefois, le patient est invité à se masturber différemment tant sur le plan cognitif que comportemental. Prenons comme exemple le patient qui se masturbait dans les couloirs d'hôtels en entendant des couples qui font l'amour. Il est nécessaire que sexothérapeute et patient analysent ensemble ce qui est fonctionnel dans le comportement HP. C'est plus efficace et constructif de réfléchir à ce qui fonctionne chez le patient plutôt que de toujours se pencher sur ce qui ne va pas. Le patient avait du plaisir à entendre des femmes gémir, crier ou dire des mots érotiques. Ce plaisir est en soi parfaitement sain et fonctionnel. On demande au patient comment il pourrait utiliser cet élément dans sa vie sexuelle sans avoir les inconvénients de l'HP. Dans ce cas, le patient eut l'idée d'enregistrer des gémissements sexuels féminins. Il pouvait les écouter tranquillement dans sa chambre tout en se masturbant. Ce comportement était déjà moins dysfonctionnel que celui de se promener dans des couloirs publics la braguette ouverte. Le patient avait aussi l'habitude de se masturber très vite pour ne pas être pris. Il en résultait une absence d'érotisation de la zone génitale. La masturbation était un geste mécanique peu sensuel et l'essentiel du plaisir du patient était psychique. Le thérapeute suggéra au patient de se masturber plus lentement, en prenant conscience du plaisir génital. Il pouvait écouter les gémissements féminins enregistrés mais devait petit à petit s'imaginer que la femme qui criait faisait l'amour avec lui, que c'était lui qui la faisait crier de plaisir. L'objectif général de ce type d'exercices masturbatoires est de rapprocher le comportement auto-érotique dysfonctionnel et irréaliste de quelque chose qui se rapproche d'un coït dyadique fonctionnel. Ainsi, l'homme part de ce qu'il connaît et aime, pour se rapprocher petit à petit d'une sexualité plus fonctionnelle et épanouissante. Ce processus ne se fait pas sans difficultés, car l'HP est parfois si étrange et déconnectée de la réalité qu'il est difficile de trouver une passerelle vers un comportement plus approprié. En

outre, le patient trouve souvent ces nouvelles manières de se masturber bien moins agréables et excitantes que celles liées à sa compulsion. Toutefois, cette excitation moindre peut être partiellement compensée par le plaisir et la fierté de progresser vers une sexualité globalement plus épanouissante et socialement intégrée.

Explorer de nouveaux codes sexuels d'attraction

Les patients HP ont souvent des intérêts sexuels qui se limitent à quelques éléments transgressifs très excitants. Il est possible d'inviter le patient à développer d'autres univers fantasmatiques. Pour contourner le processus des préjugés conscients, on peut utiliser des techniques qui permettent d'obtenir des états de conscience modifiée comme l'hypnose, l'EMDR ou la sophrologie. On procède alors à une désensibilisation (McConaghy et al., 1985) des images paraphiliques et à un développement de nouveaux fantasmes plus fonctionnels.

Développer une sexualité dyadique fonctionnelle

Ce serait une erreur de consacrer toute son énergie à la disparition du comportement sexuel dysfonctionnel sans se préoccuper de développer une sexualité dyadique harmonieuse et épanouissante. Nous avons vu que les individus avec HP sont souvent des sujets isolés socialement. Il est certain que c'est souvent leur HP qui les isole, mais n'oublions pas que c'est peut-être aussi leur isolement qui a contribué au développement et maintien de l'HP. Bernard s'est longtemps excité avec les jupes de sa sœur, car il était incapable d'avoir une petite amie. Sa timidité, ses complexes et ses maladresses l'ont empêché de développer une sexualité dyadique vraiment épanouissante, il a notamment tendance à éjaculer trop vite. Un traitement de l'éjaculation prématurée lui permettra de reprendre confiance en lui. Cela augmentera son plaisir sexuel avec son épouse et en outre, plus assuré, il osera développer avec elle de nouvelles expériences érotiques gratifiantes. La jupe et la masturbation présenteront, en comparaison, bien moins d'attraits. Pour prendre le cas de Gérald, ce n'est pas un homme timide ou complexé, il a du succès auprès des femmes. Mais, il obtient moins de plaisir avec elles qu'avec ses masturbations devant Internet. Finalement, Gérald reconnaît qu'il s'intéresse peu au plaisir des femmes. Le cunnilingus ne lui dit rien, les sentir excitées ou les voir jouir ne le stimule guère. Il préfère les voir humiliées, chosifiées ou dégradées dans des scénarios pornographiques extrêmes, mais comme il n'est pas psychopathe, il ne souhaite pas reproduire ce type de scénario avec les filles dont il est amoureux. Dans ses relations sexuelles intimes, il est très tendre et affectueux avec ses partenaires mais peu excité. Pour s'exciter et obtenir une érection convenable, il doit imaginer des choses très « hard ». Après analyse de la situation avec le sexologue,

Gérald est invité à davantage se concentrer sur la satisfaction sexuelle féminine, sans se préoccuper de son érection ou de sa performance. Ensuite, un traitement d'amélioration de la fonction érectile lui est proposé. Il remarque alors qu'il peut être très plaisant, épanouissant et excitant de faire jouir une fille. Il découvre ainsi que les femmes peuvent être occasionnellement excitées par des jeux érotico-pornographiques qui lui plaisent aussi et la réalité devient plus palpitante que les fictions d'Internet.

Dans tous les cas d'HP, un travail sexologique conséquent doit être mené pour que la sexualité masturbatoire et dyadique du patient devienne quelque chose de plaisant, d'agréable et de satisfaisant pour lui (ou elle). Il renoncera alors avec beaucoup plus de sérénité à ses comportements HP.

Replacer la sexualité dans sa fonction première

La fonction de la sexualité humaine est sociale, affective et récréative. Comme chez les bonobos et les chimpanzés, la sexualité humaine crée des liens sociaux, diminue les tensions et apaise les conflits. Elle apporte du bien-être affectif et physiologique, et soulage du stress. Actuellement, la fonction reproductrice n'est l'objectif poursuivi que pour une minorité des actes sexuels menés. Cependant, dans le cas d'HP, la sexualité occupe parfois une fonction inattendue. Prenons cette fois le cas d'une femme.

Cas clinique

Angelina a 28 ans et mène une vie professionnelle trépidante. Elle est cadre dans une entreprise mais a l'impression que sa valeur n'est pas reconnue. Bien que tout le monde l'admire, elle se sent dévalorisée, rabaissée, diminuée. Elle découvre alors le pouvoir de son charme sexuel. Elle constate que peu d'hommes peuvent lui résister. En outre, elle se rend compte qu'il est stimulant et excitant de relever des défis sexuels. Elle va donc aller toujours plus loin dans les expériences sexuelles qui deviennent de plus en plus compulsives. Elle multiple les partenaires et les situations risquées. Elle met non seulement sa santé en danger (ne dort presque plus + expériences sadomasochistes) mais également sa vie (absence de protection durant les coïts + risque d'agression par des inconnus) et sa réputation (se fait filmer et photographier puis laisse publier ces images sur Internet + raconte ses exploits sexuels à tout le monde). En outre, elle expérimente des comportements à haut risque (prostitution, relations au bord de la route avec des conducteurs, etc.). Dans un premier temps, elle justifie ses comportements en se présentant comme une féministe libre qui combat la pudibonderie oppressive. Mais bientôt, elle constate une véritable addiction à ces comportements sexuels extrêmes. Même quand

elle rencontre un homme dont elle est amoureuse, elle ne peut s'empêcher de l'entraîner dans diverses expériences sexuelles hors norme. En outre, il lui faut avoir plusieurs amants à la fois et il lui est impossible d'envisager une semaine sans expériences sexuelles originales. L'analyse fonctionnelle réalisée avec le sexothérapeute permet de découvrir que la fonction de cette hypersexualité est de rassurer la patiente sur sa valeur. Quand elle jouit et fait jouir des hommes, elle se sent forte, puissante, dominante. Quand elle transgresse des interdits, elle se sent courageuse, aventurière, intrépide. Le comportement sexuel compulsif la rassure, à court terme, sur sa valeur propre. Quand des hommes la payent en argent ou en compliments pour ses prestations sexuelles, elle est valorisée. Mais en dehors de la sexualité, elle doute toujours de sa compétence.

Nous voyons que les comportements sexuels compulsifs remplissent parfois une fonction inappropriée et servent à compenser des besoins non sexuels (Winters, 2010). Le traitement passera donc par un développement de l'estime de soi en dehors de la sexualité en parallèle à un rééquilibrage de la sexualité vers sa fonction première : l'épanouissement de l'individu et du couple. Lorsque Angelina trouve ailleurs ce qu'elle recherchait désespérément dans les expériences sexuelles extrêmes et multiples, le besoin retombe complètement et elle revient à une sexualité plus fonctionnelle.

Travail de groupe

La thérapie individuelle peut être complétée par des thérapies en groupe. Cela permet au patient HP de constater qu'il n'est pas seul au monde avec son fonctionnement sexuel étrange. Une dynamique de partage social des émotions se met en place avec souvent des effets très bénéfiques pour le patient. Ces groupes peuvent permettre de développer des habilités sociales, de s'entraîner à l'assertivité, de mieux comprendre le cycle addictif, de travailler les situations à risque ou les systèmes de croyance. En outre, les expériences des autres patients et des jeux de rôle permettent au patient de progresser grâce au groupe. Il existe aussi une forme de saine émulation qui donne envie à chacun de progresser. Toutefois, il est prudent de ne pas intégrer dans le groupe des sujets à tendance antisociale, manipulatrice ou psychopathique, car il se produit alors un effet pervers où le groupe peut finir par devenir un lieu où l'on découvre de nouveaux « trucs sexuels » encore plus transgressifs, de nouvelles façons de contester le système ou d'échapper à la justice. En outre, il peut arriver que le patient trouve finalement son comportement sexuel « acceptable » en comparaison avec d'autres situations plus extrêmes vécues par d'autres. Il développe alors

une forme de « relativisme psychique » qui favorise le maintien du comportement problématique.

Évaluation

Chaque objectif gradué est évalué au fur et à mesure par le clinicien et le patient. Si un objectif n'est pas atteint, ou si une rechute survient, la situation est analysée et un autre objectif, moins ambitieux, est proposé. Ce qui compte c'est que le patient se sente progresser.

Lorsque la situation est considérée comme satisfaisante pour le patient, il est possible de mettre un terme à la STCC, le but étant toujours de favoriser l'autonomie du patient et d'éviter les thérapies qui s'étalent sur des années.

Même si l'on obtient parfois une amélioration radicale du comportement HP du patient, il convient de rester modeste. Car dans d'autres cas, l'évolution n'est pas aussi favorable qu'espérée. Le patient peut rester fragile et succomber à la rechute. Parfois, lorsque la situation ne s'améliore que très faiblement, il est possible de suggérer au patient une forme d'acceptation de l'HP dans sa forme la moins invasive. Le patient n'essaie plus de combattre l'HP mais il tente de la maintenir dans un cadre acceptable pour lui et son entourage. Une évolution reste cependant toujours possible. Peele (1984) a relevé que la rémission naturelle était l'issue habituelle des addictions. Il est probable que c'est aussi vrai pour les HP. Surtout qu'en vieillissant, les désirs sexuels sont moins prégnants et envahissants pour la plupart des hommes et des femmes.

Conclusion

Il est parfois difficile de comprendre le fonctionnement sexuel des patients souffrant de compulsivités sexuelles ou de paraphilies. Pourtant, grâce à l'analyse sexologique fonctionnelle, on finit généralement par découvrir la « logique du fonctionnement » du patient. Même les comportements qui nous paraissent les plus absurdes suivent leur propre logique psychosexuelle. À partir de cette compréhension, on peut poser les jalons d'une sexothérapie cognitivo-comportementale. Aujourd'hui encore, les résultats thérapeutiques par des méthodes psychologiques classiques pour ces types de problématiques sexuelles sont souvent décevants. Aussi, les nouvelles pistes offertes par la STCC avec des techniques innovantes, telles que la pleine conscience, semblent prometteuses. Des résultats cliniques très positifs sont obtenus et nous en attendons la confirmation par les recherches menées actuellement.

Références

Adams, K.M., & Robinson, D.W. (2001). Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development : essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *8*, 23-44.

Black, D.W., Kehrberg, L.L.D., Flumerfelt, D.L., & Schlosser, S.S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behaviour. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 243-249.

Carnes, P. (1992). Out of the shadows. *Understanding sexual addiction*. Center City, MN : Hazelden Foundation.

Chughtai, B., Sciullo, D., Khan, S., et al.,et al. (2010). Etiology, diagnosis & management of hypersexuality : a review. *The Internet Journal of Urology*, p.6.

Coleman, E. (1991). Compulsive sexual behavior : new concepts and treatments. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4, 37-52.

Courtois, C. (1979). Characteristics of a volunteer sample of adult women who experienced incest in childhood and adolescence. *Dissertation Abstracts International*, *4OA*, 3194-A.

Dalleur, M., & Matysiak, J.C. (2002). *Les addictions: panorama clinique, modèles explicatifs. débat social et prise en charge*. Paris : Armand-Colin.

Elison, J., Pulos, S., & Lennon, R. (2006). Shame-focused coping : an empirical study of the compass of shame. *Social Behavior and Personality*, *34*, 161-168.

Fong, T.W. (2008). Understanding compulsive sexual behaviors. Psychiatry MMC, a peer-reviewed journal providing evidence-based information to practicing clinicians.

Giles, J. (2006). No such thing as excessive levels of sexual behavior. *Archive of Sexual Behaviour*, *35*, 641-642.

Gold, S.N., & Heffner, C.L. (1998). Sexual addictions : many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, *18*, 367-381.

Holden, C. (2001). Behavioral addictions: do they exist?. *Science*, 294, 980-982.

Hollander, E., Liebowitz, M.R., & DeCaria, C.M. (1989). Conceptual and methodological issues in studies of obsessive-compulsive and Tourette's disorders. *Psychiatric Developments*, 4, 267-296.

Krueger, R.B., & Kaplan, M.S. (2000). Disorders of sexual impulse control in neuropsychiatric conditions. *Seminars on Clinical Neuropsychiatry*, 5, 266-274.

Kuzma, J.M., & Black, D.W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 603-611.

Levine Tiefer, L. (2004). *Sex is not a natural act and other essays* 2nd ed.. Boulder, CO : Westview.

Mayo Clinic. (2009). Parkinson's disease medication can trigger destructive behaviors, study finds. *ScienceDaily. Retrieved May*, 30, p.2010.

McConaghy, N., Armstrong, M.S., & Blaszczynski, A. (1985). Expectancy, covert sensitization and imaginal desensitization in compulsive sexuality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, p.176-187.

Mick, T.M., & Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums*, 11, 944-955.

Miner, M.H., Coleman, E., Center, B.A., et al. (2007). The Compulsive Sexual Behavior Inventory: psychometric properties. *Archive of Sexual Behavior*, 36, 579-587.

Peele, S. (1984). Hors du piège de l'habitude. *Psychotropes*, 1, 19-23.

Penix Sbraga, T., & O'Donohue, W.T. (2003). *The sex addiction workbook. Proven strategies to help you regain control of your life*. Oakland : New Harbinger Publications.
Reid, R.C., Harper, J.M., & Anderson, E.H. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 125-138.
Schaffer, S.D., & Zimmerman, M.L. (1990). The sexual addict : a challenge for the primary care provider. *Nurse Practice*, 15, 25-33.
Winters, J. (2010). Hypersexual disorder : a more cautious approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39, p.594-596.

Chapitre 18
Pédophilie et pédosexualité

Pascal de Sutter

La pédophilie et la pédosexualité peuvent être envisagées comme de simples variantes de paraphilie. Toutefois, elles méritent une approche différente car il s'agit de sujets extrêmement sensibles. Nous touchons à l'enfance. L'enfant et son bien-être sont des valeurs sacrées pour l'Occidental contemporain en particulier, et pour le reste de la planète en général. Le sujet est si vaste et si complexe qu'il mériterait à lui seul un livre entier. Aussi, nous choisissons de nous limiter aux pistes de sexothérapie cognitivo-comportementale (STCC) pour les patients à comportement pédophile ou pédosexuel non psychopathique. Seront donc écartés de notre propos les sujets déficients sur le plan mental ainsi que les sujets violents, sadiques, antisociaux ou psychopathes. Nous nous centrerons essentiellement sur les individus qui sont conscients que leur sexualité est problématique et admettent qu'elle cause du tort à l'enfant.

Définitions

La définition de la pédophilie ne fait pas consensus. Selon le DSM-IV-TR, trois critères sont utilisés pour diagnostiquer la pédophilie :
a) la survenue récurrente et fortement excitante sexuellement de fantasmes, de désirs sexuels ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfants non pubère(s) [généralement âgé(s) de 13 ans ou moins] sur une période d'au moins 6 mois ;
b) ces désirs sexuels ont été suivis de passage(s) à l'acte, ou bien ces désirs ou fantasmes sont à l'origine d'une détresse marquée, ou de difficultés importantes dans les relations interpersonnelles ;
c) le patient a au moins 16 ans et a au moins 5 ans de plus que l' (ou les) enfant(s) mentionné(s) dans le critère (a).

Les points (a) et (b) peuvent être précisés. Si le sujet se limite à des fantasmes et des désirs sexuels orientés vers les enfants, mais sans passage à l'acte, on peut parler de pédophilie fantasmatique (PF). Dans le cas où le sujet passe à l'acte avec un ou des enfants, on utilisera préférentiellement le terme de pédosexualité (PS). Le point (c) est critiqué par de nombreux auteurs. En effet, un patient de 15 ans normalement mature mentalement et physiquement et qui a une sexualité active avec un enfant de 11 ans n'est pas pédophile selon le DSM. Or, c'est fort questionnable. Il semble plus raisonnable de ne pas fixer d'âge précis mais de tenir compte d'éléments cliniques tels que la maturité physique et psychique de l'enfant victime et de l'agresseur. Le terme « agresseur » pose lui aussi des problèmes de définition. En effet, de nombreux patients[1] au comportement pédosexuel ne se perçoivent nullement comme des agresseurs. Ils estiment ne pas avoir été agressifs ou violents avec l'enfant. Régulièrement, l'abus sexuel de l'enfant s'est limité à des caresses ou des attouchements superficiels. Les expressions « abus sexuel » ou « agression sexuelle » font sens dans la perspective de la victime, mais s'avèrent contre-productives dans le traitement des patients qui ont des comportements pédophiliques. Collart (2005) suggère d'utiliser l'expression « interaction sexuelle adulte-enfant » (ISAE), plus neutre moralement. L'usage de cette expression facilite la coopération du patient au traitement proposé.

Il convient aussi de distinguer les patients dont la PF ou la PS est exclusive de ceux qui sont capables, par ailleurs, d'avoir des relations sexuelles avec des adultes. Pour certains auteurs (Cantor et al., 2004), les pédophiles sont « des individus dont l'intérêt pour les enfants prépubères dépasse leur intérêt pour des partenaires sexuels adultes ». Pour d'autres (Langevin, 1990), il faut inclure dans le groupe des pédophiles « les hommes qui n'ont pas de préférence érotique pour les enfants mais qui s'engagent avec des enfants pour des raisons de substitution ». Il convient aussi de préciser que si tous les patients PS ont des comportements sexuels avec les enfants, tous les agresseurs sexuels d'enfants ne sont pas des pédophiles (Barnard et al., 1989). Certains violeurs n'ont aucune prédilection particulière pour les enfants, mais s'attaquent à toute victime fragile à leur portée. Ils ont alors généralement une tendance à la psychopathie.

Diagnostic

La première étape consiste à évaluer la santé mentale du patient. En ce qui concerne le traitement que nous proposons, il convient d'éliminer

1. Nous précisons à nouveau que nous nous limitons à l'étude de patients non violents et non psychopathes.

les sujets avec un retard mental marqué ou les sujets à personnalité antisociale ou psychopathique.

Il reste alors les sujets qui, bien qu'ayant des fantasmes pédophiliques (PF) et/ou des comportements sexuels avec les enfants (PS), souffrent de cette situation et souhaitent la changer. Un problème de motivation comparable à celui que l'on retrouve chez les patients souffrant de paraphilie et/ou d'hypersexualité existe cependant. En outre, la perception actuelle du pédophile dans notre société est celle du monstre. La plupart des patients ne se retrouvent pas dans cette image monstrueuse et préfèrent donc nier, minimiser ou dissimuler la réalité de leurs fantasmes ou comportements. Dès lors, les patients qui consultent spontanément pour PS ou PF sont très rares. C'est en général suite à une procédure juridique qu'ils sont amenés à consulter. « Une explication de la pédophilie est une excitation sexuelle inappropriée. Les chercheurs dans les réponses physiologiques aux stimuli érotiques ont poursuivi cette approche. Dans de nombreux cas, les pédophiles ont montré un intérêt sexuel exclusif et persistant pour les enfants. » (Murray, 2000) Un individu PF ou PS peut être homosexuel ou hétérosexuel. Chez les patients d'orientation homosexuelle, l'attraction sexuelle pour les enfants est davantage exclusive que chez les pédophiles hétérosexuels.

Étiologie

Les pistes étiologiques sont comparables à celles des patients souffrant de paraphilie et/ou d'hypersexualité. La pédophilie peut d'ailleurs être considérée en tant que paraphilie.

Comme pour les autres déviances sexuelles, des prédispositions génétiques sont incriminées, sans qu'aucune preuve scientifique ne soit définitivement établie (Barnard et al., 1989). Dans ce sens, la pédophilie a été associée à un niveau d'intelligence plus faible que la moyenne par plusieurs auteurs (Blanchard et al., 1999), tandis que d'autres estiment que le lien s'explique du fait que les pédophiles plus intelligents échappent à la justice et ne sont donc pas étudiés par les chercheurs (Cantor et al., 2004). Plusieurs hypothèses tendent à montrer que les comportements pédophiliques sont liés à des dysfonctionnements neurophysiologiques. Par exemple, les patients pédophiles déclarent avoir subi plus de blessures crâniennes avant l'âge de 13 ans que les non-pédophiles (Blanchard et al., 2003). Ils ont aussi plus souvent des problèmes de déficit d'attention. Les pédophiles auraient aussi « une perturbation sérotoninergique, probablement causée par une diminution de l'activité des neurones sérotoninergiques présynaptiques et une hypersensibilité des récepteurs post-synaptiques à la sérotonine » (Hall & Hall, 2007). Il semblerait que des atteintes du cerveau d'origine traumatique, vasculaire, infectieuse, tumorale ou dégénérative contribuent à la pédosexualité (Aubut, 1993).

Cela expliquerait notamment le taux élevé de co-morbidités mentales parmi les pédophiles. Un tiers d'entre eux sont également exhibitionnistes ou adoptent des comportements sexuels inappropriés, comme le frotteurisme ou la masturbation compulsive.

Au niveau des expériences acquises, il semblerait que les patients qui soufrent de PF ou PS ont été eux-mêmes victime d'ISAE au cours de l'enfance ou de la pré-adolescence (Cordier, 1999). Environ 25 % des patients PS hétérosexuels et 40 % des patients PS homosexuels auraient vécu une forme d'abus sexuel dans leur enfance (Aubut, 1993). Toutefois, fort heureusement, la majorité des individus ayant été victimes de comportements pédosexuels ne développe pas le même type de comportement à l'âge adulte.

Les patients qui ont des envies sexuelles pédophiliques mais qui ne passent pas à l'acte (PF) ont probablement une capacité de self-control et un niveau de conscience plus élevé que les patients qui réalisent leurs fantasmes avec les enfants (PS). Ainsi, les patients PS présentent des attitudes plus permissives envers la sexualité et la morale que les autres. En outre, ils surévaluent la responsabilité des enfants ainsi que les avantages que ceux-ci pourraient en tirer (éducation sexuelle) (Aubut, 1993).

Cas clinique

Quentin a 36 ans au moment de la consultation. Il se dit homosexuel mais vit mal sa sexualité car ses expériences amoureuses sont frustrantes et son plaisir sexuel décevant. Il consulte car il est très perturbé par le fait que son attirance sexuelle est davantage orientée vers les jeunes garçons d'une douzaine d'années que vers les hommes adultes. Il affirme n'être jamais passé à l'acte car il ne veut pas faire de tort aux enfants, mais il a peur d'un jour « craquer ». En outre, il est malheureux de ne pouvoir construire une relation amoureuse et sexuelle stable avec un homme de son âge. *[En investiguant en détail la situation de cet homme, il est possible de poser un diagnostic de pédophilie avec des obsessions (pensées sexuelles récurrentes, etc.), mais pas de compulsion (pas de passage à l'acte). Il souffre donc de PF (pédophilie fantasmatique). Il possède un niveau de conscience élevé qui lui a permis de ne pas en venir à tenter des ISAE. Toutefois, il lui arrive de chercher sur Internet des images d'enfants dénudés (mais pas des images pornographiques). Il se trouve déjà à la limite du cadre légal.]*

Quentin se souvient avec précision de ses premiers émois sexuels. C'était en vacances, il avait 12 ans et s'amusait avec un garçon de son âge. Ils se cachaient dans une cabane pour jouer au poker. Celui qui gagnait imposait un gage au perdant. Le jeu prit rapidement une tournure sexuelle. Cela commença par de simples attouchements puis évolua vers des

comportements tels que la fellation ou la sodomie. Loin de trouver cela désagréable, Quentin en éprouva une excitation intense. Excitation triple : (*i*) plaisir de faire quelque chose d'interdit à l'insu des parents ; (*ii*) plaisir physique éprouvé en découvrant de nouveaux ressentis ; (*iii*) plaisir du jeu renforcé par le côté aléatoire du résultat. Les deux étés suivants, Quentin reproduisit ces jeux avec cet ami d'enfance. Chaque retrouvailles était plus palpitante, plus enivrante. Puis, la troisième année, son ami refusa de continuer en disant qu'ils étaient devenus grands maintenant : il préférait désormais faire ce genre de chose avec les filles. Quentin en éprouva une immense déception. Il se sentit triste, honteux, trahi, comme un amoureux soudainement abandonné. Il resta longtemps inconsolable. Il tenta ensuite de retrouver des émotions similaires avec d'autres hommes. Sans succès. Vingt ans plus tard, il n'a toujours pas retrouvé des sensations sexuelles aussi intenses et aussi excitantes que celles découvertes dans cette cabane de vacances. Il se réfugie alors dans un monde fantasmatique où il peut à nouveau s'exciter avec un garçon de 12 ans. Le problème, c'est que lui a maintenant 36 ans.

Il ne fait aucun doute au patient (Quentin) que cette imprégnation précoce au plaisir sexuel a orienté toute sa vie sexuelle. Actuellement, ce sont toujours les garçons d'environ 12 ans qu'il trouve le plus stimulant sur le plan sexuel, les adultes l'attirent beaucoup moins. En effet, les modèles classiques de conditionnement montrent que la plupart des patients PF associent les caractéristiques morphologiques des jeunes (visage angélique, absence de poils pubiens, absence de rondeurs et de caractères sexuels secondaires) avec l'excitation sexuelle (Seto, 2004). Une empreinte sexuelle précoce initiatique devient la source unique (ou principale) des fantasmes et de la masturbation.

Il faut cependant nuancer ce type d'analyse de causalité directe. La plupart des enfants expérimentent des contacts sexuels avant la puberté. Sans aller jusqu'à la pénétration comme dans le cas de Quentin, cela prend souvent la forme de touchers intimes, de « jeu du docteur », de séances de déshabillages, etc. Or, l'immense majorité d'entre eux évoluent normalement vers une sexualité adulte.

Nous proposons une analyse étiologique des PS/PF en quatre facteurs, inspirée de celle de Finkelhor et Araji (1986).

1. *Congruence et immaturité émotionnelle :* le patient PF/PS est lui-même très infantile dans la gestion et l'expression de ses émotions intimes. Il se sent donc proche de l'enfant, en congruence avec lui. En outre, éprouvant un manque de confiance en soi (y compris sur le plan sexuel), il se sent plus à l'aise avec un individu jeune et inexpérimenté. Le sujet reste en harmonie, en congruence et en amour avec l'enfant qu'il fut autrefois. Le monde adulte est perçu comme menaçant sur le plan intime et sexuel.

2. *Attirance et excitation sexuelle pour les enfants :* on peut présenter la pédophilie comme un trouble de l'orientation sexuelle, dans la mesure où le sujet trouve plus attirant, plus excitant, plus stimulant un corps d'enfant qu'un corps d'adulte. L'enfant est érotisé suite à des empreintes sexuelles précoces ou par la vue d'images pédosexuelles. Des masturbations précoces liées à des fantasmes de sexualité avec des enfants pourraient conditionner ultérieurement l'univers fantasmatique du sujet. Pour illustrer ce propos, nous pouvons dire que si un garçon de 13 ans se masturbe en imaginant qu'il fait l'amour avec une vedette de cinéma de 25 ans, il se conditionne à une sexualité adulte hétérosexuelle. Si à 13 ans, il se masturbe en pensant à son cousin de 12 ans, il se prépare davantage à une sexualité pédophilique homosexuelle.
3. *Blocage à une sexualité immature :* les juges confrontés à des procès en pédophilie sont souvent surpris par les comportements sexuels immatures des hommes accusés. Contrairement aux crimes sexuels violents ou sadiques des personnalités antisociales, les hommes avec PS non psychopathes affichent des comportements sexuels qui seraient insignifiants s'ils n'avaient pas lieu avec des mineurs. Il s'agit de séances d'exhibition mutuelle des organes génitaux, de caresses intimes, de frottements ou de masturbations réciproques. En bref, il s'agit d'actes que les petits enfants nomment du « touche-pipi ». Cette immaturité dans les comportements sexuels se retrouve également face aux partenaires potentiels du même âge. Le patient PS ne sait pas bien comment s'y prendre sexuellement avec une femme adulte. Tant dans la séduction que dans l'intimité, il est malhabile et très gêné. Les partenaires adultes avec lesquelles il s'est « essayé » le qualifient souvent de « petit garçon timide et maladroit ».
4. *Désinhibition sexuelle :* le patient qui passe à l'acte semble posséder une faible capacité à gérer ou vouloir gérer ses pulsions sexuelles. Il se construit alors un schéma qui est moralement acceptable pour lui. Par exemple, il va concevoir un nouveau cadre moral qui arrange sa conscience mais lui permet le passage à l'acte sexuel avec l'enfant. C'est ce que Collart (2005) nomme la « logique de contestation du cadre social normatif et de proposition d'un cadre normatif alternatif ». Les individus qui développent cette logique de contestation estiment que la sexualité avec l'enfant est un apport positif à l'enfant dont la société traditionnelle le prive. Ils rationnalisent leurs envies sexuelles en les « enrobant » d'un discours politico-psychologique qui les arrange bien. Dans ce contexte, ils s'autorisent à passer à l'acte. Une autre logique est celle de « mise entre parenthèses de la norme » (Collart, 2005). Le sujet ne conteste pas l'interdit social du sexe avec l'enfant, mais s'autorise occasionnellement une ISAE (interaction sexuelle adulte-enfant) dans des circonstances particulières. Avec les enfants de sa propre famille, par exemple.

Ces quatre facteurs ne sont pas systématiquement présents chez tous les patients PF/PS mais, généralement, on en retrouve au moins trois. Cela peut servir de départ à une analyse fonctionnelle du sujet et ouvre des pistes de traitement

Traitement

Motivation

Selon Cordier (1999), « la reconnaissance par le sujet des faits qui lui sont reprochés, même si elle n'est que partielle ou implicite, est une condition préalable au traitement ». Or, au vu de la labellisation en « monstre » des auteurs d'actes pédophiliques, il est courant que le patient tente de minimiser la portée de ses actes dans un premier temps.

L'utilisation d'expressions non jugeantes telles que l'ISAE permet de construire un lien thérapeutique constructif entre le patient et le sexothérapeute.

Une fois que le thérapeute a écarté les sujets psychopathes, il peut éprouver une sincère empathie pour la souffrance qu'éprouve l'individu qui est attiré sexuellement par les enfants. En effet, il est bon de rappeler que nous ne décidons pas consciemment et volontairement de notre orientation sexuelle. Certaines personnes sont attirées par l'autre sexe, d'autres par le même sexe. Certains individus éprouvent de l'attraction sexuelle pour les gros, les grands ou les bruns, d'autres pour les minces, les petits ou les blonds. Il y en a qui sont excités par des personnes très âgées et d'autres par des personnes très jeunes. Nous ne choisissons pas nos goûts et dégoûts sexuels. Mais nous choisissons de passer à l'acte ou pas. Toutefois, le sexothérapeute qui travaille avec des patients PS doit donc se garder de toute forme d'angélisme. Les patients pédosexuels non psychopathes ne sont pas des monstres, mais ce ne sont pas des enfants de chœur non plus. Il convient de régulièrement se remémorer (pour soi-même et le patient) les limites de la loi.

Pour les problèmes de pédophilie, on ne peut appliquer certains aspects du traitement des autres paraphilies ou hypersexualité inoffensives. Il est indispensable de s'assurer au maximum que le patient ne récidivera pas ou ne commettra pas un premier délit. Il importe aussi de prévenir le patient que la confidentialité est assurée tant que le patient ne met pas en danger un enfant. Mais si le patient pressent l'imminence d'une rechute inéluctable et en informe le sexothérapeute, ce dernier ne pourra garder cette information confidentielle.

Comme pour les problèmes de paraphilie, il est difficile au sujet de renoncer à son Graal sexuel (voir chapitre 17, « Hypersexualité et paraphilies »). Toutefois, la perspective de se débarrasser définitivement d'un comportement et/ou de fantasmes qui entraînent une très forte

réprobation sociale peut être une motivation suffisante. À cela s'ajoute la crainte de poursuites judiciaires et la perspective plus positive de vivre une forme de sexualité plus épanouissante.

Analyse fonctionnelle

Dans un premier temps, il est important d'écouter l'histoire sexuelle du patient à court et à long termes. Le sexothérapeute a intérêt à se montrer le plus neutre possible. Ne pas juger le patient mais ne pas l'absoudre non plus.

Cas clinique

Normand a purgé une peine de prison pour avoir entretenu des rapports sexuels complets avec une fille de 13 ans et plus tard avec une autre de 12 ans et demi. Au moment des faits, il était âgé de 25 ans et, circonstance aggravante, il occupait une fonction de moniteur sportif. D'emblée, il reconnaît que ce n'est pas acceptable d'avoir des rapports sexuels avec des filles aussi jeunes. Mais, comme la plupart des patients à comportement pédosexuel, il tente de partiellement minimiser et justifier son acte. Il exprime que les filles étaient parfaitement consentantes, qu'il avait avec elles une relation amoureuse et qu'il ne les a jamais brusquées. Par ailleurs, il précise qu'elles ne ressemblaient pas à des enfants, étaient déjà menstruées et possédaient un corps assez développé avec de la pilosité pubienne et des seins apparents. Toutefois, il reconnaît qu'il connaissait leur âge, mais, dans sa famille, des cousins d'environs 16 ans avaient des petites amies de 13 ou 14 ans et avaient des rapports sexuels avec elles, sans que cela ne pose question. Le patient s'était donc convaincu que, si une adolescente était physiquement « formée » et psychologiquement consentante, ce n'était pas un acte répréhensible. Avec le recul et suite au procès, il a compris que même avec une allure de femme et en étant consentante, une fille de 12 ou 13 ans reste un enfant. Et il admet aujourd'hui que son comportement était non seulement illégal mais aussi inapproprié. Il reconnait d'ailleurs que ce n'était pas par hasard qu'il avait couché avec des filles aussi jeunes : la vérité est que son attirance sexuelle actuelle va toujours vers ce type de filles très jeunes.

L'analyse fonctionnelle a permis de comprendre que le patient préférait les filles très jeunes car il se sentait mal à l'aise avec celles de son âge. Il avait l'impression de ne pas être à la hauteur. Il ne savait pas comment séduire une femme de son âge et ses tentatives s'étaient soldées par de douloureux et humiliants échecs. Il se percevait aussi comme sexuellement incompétent (tendance à l'éjaculation prématurée). Avec les filles très jeunes et inexpérimentées, le patient se percevait comme plus intelligent, plus viril, plus compétent et plus séduisant.

Sexothérapie cognitivo-comportementale

La thérapie par aversion (associer l'excitation pédophilique à des stimuli désagréables) a clairement montré ses limites. En revanche, la sensibilisation cachée permet d'explorer les hypothèses sur les causes de passage à l'acte. « Elle vise à demander au sujet de déterminer l'enchaînement des situations et événements ayant précédé l'agression sexuelle. » (Senon, 2001) Le sujet peut donc prévenir le passage à l'acte, d'une part en évitant de se mettre dans des situations à risque, et d'autre part en apprenant à percevoir les prémisses du passage à l'acte. Il peut alors prévenir l'apparition de ces envies prégnantes par des techniques comme la méditation ou la *pleine conscience*. En dernier recours, il peut utiliser des comportements d'évitement tels que l'activité physique intense ou la visualisation des conséquences juridiques.

Toutefois, il s'agit de ce que l'on peut nommer les « techniques de la dernière chance », un peu comme le freinage d'urgence juste avant l'accident. Nous estimons qu'il est tout aussi important de travailler bien plus en amont. Il s'agit de modifier les sources même de l'orientation sexuelle qui poussent le patient à préférer les enfants aux adultes. D'aucuns estiment qu'il est impossible de changer nos goûts et dégoûts sexuels et *a fortiori* notre orientation. Si le thérapeute est lui-même convaincu qu'on ne peut modifier son attirance sexuelle profonde, il y a peu de chance que le patient y croie. On se retrouve alors dans la situation où le pédophile se persuade qu'il sera toujours pédophile et que, dans le meilleur des cas, il deviendra simplement un pédophile abstinent. Comme pour l'ensemble des paraphilies, nous pensons que le dogme de l'invariabilité des attirances sexuelles n'est pas fondé. En effet, chez le sujet sain, les attirances sexuelles varient parfois considérablement au cours de la vie. Si certaines préférences sexuelles restent effectivement inchangées tout au long de la vie, beaucoup d'autres évoluent de manière parfois radicale au cours de l'existence d'un être humain. Il est donc intéressant de chercher à comprendre avec le patient pédophile pourquoi il reste « bloqué » à cette préférence infantile.

L'explication se trouve partiellement dans une série de cognitions positives à propos de la sexualité avec les enfants : le sexe avec les venfants serait plus pur, plus propre, plus beau, plus sain, plus spontané, plus innocent, plus naturel, plus doux, plus ludique, etc. *A contrario*, le patient entretient une série de cognitions négatives sur la sexualité adulte : c'est sale, dangereux, brutal, compétitif, pornographique, performant, technique, etc. Un travail de restructuration cognitive est donc souvent indispensable. Une autre explication se trouve dans une forme d'« adultophobie » dont souffrent certains pédophiles. Non seulement ils n'éprouvent pas d'attirance sexuelle pour les adultes, mais ressentent un profond dégoût ou une véritable peur panique à l'idée d'engager une

interaction sexuelle avec une personne de leur âge. Ce type de phobie peut être traité par la TCC, comme les autres phobies. Toutefois, une part de la peur de l'adulte réside aussi dans le sentiment d'incompétence sexuelle du sujet. Un travail d'éducation sexuelle est souvent à mener.

Cas clinique

(Suite)

Normand, qui a été condamné pour pédophilie, est également honteux de sa tendance à perdre son érection facilement. Aussi, une thérapie du trouble érectile lui est proposée. En parallèle, un travail de coaching à la séduction amoureuse et sexuelle lui est prodigué. À la fin de ces traitements, il se sent beaucoup plus à l'aise avec des femmes de son âge. Il ose les aborder et constate qu'il obtient un certain succès. Cela lui donne confiance et lui permet de vivre de la sexualité avec des adultes de manière épanouissante. En parallèle, Normand s'éloigne d'une forme de dépendance à ses parents et se comporte de manière beaucoup plus mature sur le plan social et professionnel. Comme de nombreux pédophiles, Normand se percevait lui-même comme juvénile, ayant gardé une « âme d'enfant ». Il se comporte désormais comme un homme. Il a appris à valoriser les signes extérieurs de virilité. Il s'habille avec plus de soin, a passé son permis de conduire et pratique un sport plutôt masculin. Cette perception plus virile de lui-même est congruente avec un désir de femmes adultes aux allures « féminines ». Il lui est même arrivé de vivre une expérience sexuelle excitante avec une femme un peu plus âgée que lui. Normand reconnaît qu'il est toujours attiré davantage par les femmes plus jeunes, mais il ne fantasme plus sur les adolescentes et ne ressent plus l'envie d'entamer une relation amoureuse ou sexuelle avec une femme de moins de 20 ans.

Le *reconditionnement masturbatoire* fait partie intégrante du traitement. Il est une phase particulièrement utile pour les patients qui sont totalement incapables d'envisager une relation sexuelle avec un adulte. Le patient est encouragé à modifier sa façon de se masturber. Souvent, sa masturbation se pratique de façon « puérile », en imaginant des scénarios où il « joue » avec des enfants. On suggère au patient de modifier ses comportements masturbatoires en développant des scénarios et des pratiques correspondant davantage à une relation sexuelle complète entre adultes. Toutefois, dans un premier temps, il est souvent nécessaire que le patient conserve comme partenaire imaginaire de ses fantasmes une personne à l'apparence infantile (sinon, il ne pourra même pas s'exciter et obtenir une érection). Il peut, par exemple, imaginer une femme qui aurait vraiment 18 ans, mais qui conserve l'allure d'une adolescente beaucoup plus jeune. Cependant, le patient doit absolument modifier ses gestes et ses scénarios masturbatoires pour qu'ils correspondent

davantage à des pratiques d'adulte. Dans un second temps, il doit modifier l'apparence de sa partenaire fantasmatique. Petit à petit, il lui ajoute en imagination des attributs de femme adulte (seins, hanches, fesses, etc.). Des techniques d'hypnose peuvent aider le patient à mieux visualiser ses partenaires sexuelles imaginaires.

Certains pédophiles ont parfois subi eux-mêmes des abus sexuels. D'autres ont été particulièrement marqués par des expériences sexuelles précoces avec d'autres enfants. Dans les deux cas, ils ont vécu une empreinte psychosexuelle initiatrice très forte. C'est une forme de traumatisme psychosexuel. Et pour surmonter les traumatismes, l'EMDR[2] est une technique thérapeutique qui a démontré son efficacité. Elle a pour but d'activer le système de traitement de l'information et d'en réaliser les effets thérapeutiques (Shapiro, 2007). Cette technique permettrait de reprogrammer le souvenir figé d'un événement traumatisant en utilisant une méthode de stimulation sensorielle (auditive, tactile ou visuelle). En simplifiant le processus, il semblerait que cette stimulation bilatérale permettrait aux deux hémisphères cérébraux de se rééquilibrer et ainsi de poursuivre le retraitement de l'information. Dans le cas de la pédophilie, la stimulation psychophysique intense liée au plaisir sexuel (et à d'autres émotions fortes comme la peur, la transgression ou le jeu) formerait une empreinte psychique très profonde. Cette première expérience sexuelle précoce en tant qu'enfant « bloquerait » le sujet à une orientation sexuelle pédophile et à des comportements érotiques juvéniles. L'EMDR permettrait au patient de désactiver la charge émotionnelle négative ou positive qui est reliée à ces souvenirs. La désensibilisation du traumatisme ne s'expliquerait pas uniquement par une forme d'exposition, mais surtout par le retraitement cognitif des émotions liées au souvenir et des croyances dysfonctionnelles liées au traumatisme. Il est d'ailleurs intéressant de souligner combien les patients transforment, exagèrent, idéalisent ou noircissent ces expériences sexuelles précoces. Ils tentent alors désespérément de retrouver par la masturbation ou avec des ISAE des sensations se rapprochant du paradis perdu de la sexualité infantile.

Conclusion

Il est souvent difficile de traiter avec empathie des patients qui avouent une attirance sexuelle pour les enfants. Toutefois, si l'on s'en tient aux personnalités non psychopathiques, on constate que la majorité d'entre eux n'ont jamais eu l'intention de blesser les enfants. Ces patients sont généralement très malheureux de vivre une telle attirance. Dans ce contexte, il est possible de les aider à évoluer dans leur fonctionnement

2. *Eye movement desensitization and reprocessing.*

sexuel. Idéalement, le traitement doit s'appuyer autant sur la diminution des fantasmes et des comportements pédophiliques que sur le développement d'une sexualité adulte fonctionnelle. La part de la thérapie réservée à l'éducation sexuelle et au développement des capacités de séduction adulte devrait être essentielle. Les méthodes psychologiques classiques offrent peu de résultats pour traiter la pédosexualité. Toutefois, comme pour les paraphilies, les nouvelles pistes offertes par la STCC avec des approches nouvelles telles que l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) semblent prometteuses. Des résultats cliniques encourageants existent. Ils doivent encore être confirmés par la recherche.

Références

Aubut, J. (1993). Les théories sociales. In J., Aubut (ed.), *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement* (pp. 44–56). Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

Aubut, J. (1993). Les théories biologiques. In J., Aubut (ed.), *Les agresseurs sexuels Théorie, évaluation et traitement* (pp. 2–20). Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

Barnard, G., Fuller, A., Robins, L., & Shaw, T. (1989). *The child molester : an integrated approach to evaluation and treatment*. New York : Brunner/Mazel.

Blanchard, R., Kuban, M., Klassen, P., et al. (2003). Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessments. *Archives of Sexual behavior*, 32, 573-581.

Blanchard, R., Walson, M., Choy, A., et al.,et al. (1999). Pedophiles : mental retardation, maternal age and sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 28, p.111-127.

Cantor, J., Blanchard, R., Christensen, B., et al. (2004). Intelligence, memory, and handedness in pedophilia. *Neuropsychology*, *18*, 3-14.

Collart, P. (2005). *Les abuseurs sexuels d'enfants et leur rapport à la norme sociale*. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant.

Cordier, B. (1999). Pédophilies et pédophiles : ébauche d'une clinique. In P.F., Chanoit, & J., de Verbizier (Eds.), *Les sévices sexuels sur les enfants* (pp. 137–148). Ramonville-Saint-Agne : Érès.

Finkelhor, D., & Araji, S. (1986). Explanations of pedophilia : a four factor model. *The Journal of Sex Research*, 22, p.145-161.

Hall, R., & Hall, R. (2007). A profile of pedophilia : definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clinic Proceedings*, *82*, 457-471.

Langevin, R. (1990). Sexual anomalies and the brain. In W.L., Marshall, D.R., Laws, & H.E., Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault Issues. theories and treatment of the offender* (pp. 103–113). New York : Plenum Press.

Murray, J. (2000). Psychological profile of pedophiles and child molesters. *The Journal of Psychology*, 134, 211-224.

Senon, J.L. (2001). Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles ? *In* Fédération française de psychiatrie,

Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001. Paris : John Libbey Eurotext et Fédération française de psychiatrie.

Seto, M. (2004). Pedophilia and sexual offenses against children. *Annual Review of Sex Research*, *15*, 321-361.

Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR Principe, protocoles, procédures.* Paris : InterEditions.

Conclusion

François-Xavier Poudat

La contribution des TCC aux différentes lectures de la psychopathologie a permis de poser un regard particulier sur les plaintes des patients en psychiatrie. Plus orientées sur les comportements problèmes que sur les causes, plus orientées sur le « comment » que sur le « pourquoi », les TCC ont montré une grande efficacité dans des pathologies fonctionnelles et psychiatriques depuis de très nombreuses années ; les critiques autrefois exprimées concernaient surtout le concept d'apprentissage qui ramenait le comportement humain à une addition de réflexes conditionnés mais, depuis, de nombreux changements ont eu lieu.

L'élaboration d'une analyse fonctionnelle plus précise rendant compte d'une lecture circulaire et diachronique des symptômes a permis d'enrichir l'analyse des plaintes du patient. Des données sont donc devenues essentielles : les paramètres historiques (facteurs de fragilisation internes et externes, événements de vie, etc.), les paramètres cognitifs (schémas cognitifs, distorsions cognitives, scénarios et pensées ruminatoires, etc.), les paramètres environnementaux, biologiques, émotionnels, etc. C'est ainsi que, face aux pathologies retrouvées, la prise en charge a évolué grâce à cette analyse fonctionnelle et à la mise en place d'outils thérapeutiques qui se sont avérés de plus en plus efficaces sur le long terme.

D'autres réflexions ont permis des avancées substantielles en TCC ; celles-ci concernent notamment la notion d'attente : les attentes du thérapeute et celles du patient concernant des facteurs aussi fondamentaux que le résultat, l'efficacité et le changement. Cette notion d'attentes a permis d'améliorer les résultats des stratégies thérapeutiques.

Nous ne pouvons pas non plus nous dispenser d'une réflexion en TCC sur la notion de guérison. La collaboration avec le patient est essentielle sur l'idée d'un changement du symptôme plus que sur la

recherche à tout prix d'une disparition de celui-ci, recherche qui n'est pas toujours adéquate sur le plan de l'équilibre psychique.

Les prises en charge multimodales ont alors montré leur intérêt, permettant plusieurs modes de lecture et de porte d'entrée du symptôme. L'outil thérapeutique proposé était alors beaucoup plus efficace s'il était construit à partir de l'analyse fonctionnelle et des expériences du patient, plutôt qu'à partir de postulats ou de règles venant du thérapeute.

En fait, tout le travail effectué autour du symptôme s'est bien entendu complètement enrichi de tous ces paramètres qui vont au-delà de ce qui se voit et qui permettent véritablement de « jouer » avec le symptôme afin de s'en détacher, quelle que soit la porte d'entrée que nous utiliserons vis-à-vis de la plainte. La démarche en TCC est devenue sûrement plus psychothérapique, globale, gardant malgré tout les principes mêmes du raisonnement expérimental dans le sens de l'expérience à vivre. Le patient, loin d'être une personne passive soumise à des exercices de rééducation (critique qui n'est donc plus à faire), a toujours été, et encore plus maintenant, le centre même de son choix thérapeutique, donc de son autonomie et de sa maturation personnelle.

Annexe : questionnaires

Questionnaires sur la sexualité

Questionnaire sur l'excitation sexuelle (*Sexual Excitation Questionnaire*)

Hoon, Hoon, & Wincze, 1976 (traduit en français par Trudel, Campbell, & Daigle, 1982). Il contient une liste de 28 activités sexuelles. Pour chacune d'entre elles, la femme doit indiquer son degré d'excitation.
Hoon, E.F., Hoon, P.W, & Wincze, J.P. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousability : the SAI. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 291-300.

Questionnaire d'histoire sexuelle (*Sexual History Form*)

Schover, Friedman, Weiler, Heiman & LoPiccolo, 1982 (traduit en français par Trudel, 1986). Il mesure le fonctionnement sexuel associées à divers aspects tels que la fréquence des relations sexuelles, la masturbation, le désir sexuel et la capacité à atteindre l'orgasme.
Schover, L.R., Friedman, J.M., Weiler, S.J., Heyman, J.R., & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions : an alternative to DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 39, 614-619.

Questionnaire sur les pensées négatives durant les rapports sexuels (*Negative Thoughts During Sex*)

Beck, 1988 (traduit en français par Ravart, Trudel, & Turgeon, 1993). Il mesure la fréquence de pensées négatives lors des relations sexuelles sur quatre sous-échelles : inquiétudes face à soi, inquiétudes face à l'autre, pensées de type « je dois » et « il faut ».
Beck, A.T. (1988). *Love is never enough*. New York : Harper and Row.

Échelles conjugales

Échelle d'ajustement dyadique (*Dyadic Adjustment Scale*)

Spanier, 1976 (traduit en français par Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986). Elle mesure l'ajustement conjugal sur quatre sous-échelles associées à : consensus, cohésion, satisfaction et affection.
Spanier, K. (1976). Dyadic Adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 27-37.

Inventaire des croyances relationnelles (*Relationship Belief Inventory*)

Eidelson & Epstein, 1981 (traduit en français par Ravart, Trudel, & Turgeon, 1993). Il mesure les croyances face au partenaire et face à la relation de couple sur cinq sous-échelles associées à : désaccords destructifs, lecture de pensées, absence de changement, perfectionnisme sexuel et rigidité des rôles sexuels.
Eidelson, R.J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship : development of a measure of dysfunctional relationship belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 715-720.

Échelle Kansas de la satisfaction conjugale (*Kansas Marital Satisfaction Scale*)

Schumm, W.R., Paff-Bergen, L.A., Hatch, R.C., Obiorah, F.C., Meens, L.D., & Bugaighis, M.A. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, *48*, 381-387.
Le *Journal of Marriage and the Family* est publié par le National Council on Family Relations, dont voici les coordonnées :
National Council on Family Relations
1201 West River Parkway. Suite 200. Minneapolis, MN 55454
Phone : 763-781-9331
FAX : 763-781-9348
Email : info@ncfr.org
Website : www.ncfr.org
Traducteurs francophones : Stéphane Migneault, Jean-Marie Boisvert et Julie Adam.

La traduction française est un document inédit, qui apparaît dans le mémoire de maîtrise de Stéphane Migneault : Migneault, S. (2001). *Validation de l'Échelle Kansas de la satisfaction conjugale.* Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec.

Questionnaire sur les difficultés vécues par les couples de familles recomposées

Auteurs : Madeleine Beaudry, Claudine Parent, Marie-Christine Saint-Jacques, Stéphane Guay et Jean-Marie Boisvert (2001). Validation of a questionnaire to assess the difficulties of couples in step-families. *Journal of Divorce and Remarriage*, *35*, 155-172.

Questionnaires sur les dépendances affectives

Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA)

Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self measurement of adult attachment : An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York : Guilford Press.
Lafontaine, M.F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *35*, 56-60.

Inventaire de dépendance affective interpersonnelle (IDI)

De Hirschfeld et al. (1977).
Traduit et validé par Loas, G., Borgne, J.Y., Gérard, P., & Delahousse, J. (1993). Évaluation de la dépendance affective : étude de validation de l'inventaire de dépendance interpersonnelle de Hirschfeld et al. (IDI). *Annales Médico-Psychologiques*, *7*, 151.

Questionnaire d'addiction à l'amour

Reproduction d'après Susan Peabody dans l'ouvrage *Encore plus !* de Jean Adès et Michel Lejoyeux.
Peabody, S. (1994). *Addiction to love, overcoming obsession and dependency in relationship*. Berkeley: Celestial Arts. (Traduction en français par J. Adès & M. Lejoyeux (2001), in *Encore plus, jeu, sexe, travail, argent*. Paris : Odile Jacob.)

Questionnaires addictions sexuelles

Questions to Identify Patients with Compulsive Sexual Behavior

Adresse : Dr. Coleman Eli, PhD, Program in Human Sexuality, suite 180, 1300 South 2nd Street, Minneapolis, MN 55454
Traduction française personnelle.
Référence : Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior ? *Psychiatric Annals*, *22*, 6.

The Sexual Addiction Screening Test (SAST)

Adresse :

- Patrick Carnes, PhD, Sexual Disorders Services, The Meadows, 1655N. Tegner Street, Wickenburg, AZ 85390.
- Jennifer P. Schneider, MD, PhD, 1500 N Wilmot, Suite B-250, Tucson, AZ 85712.

Traduction française personnelle.
In How to recognize the signs of sexual addiction. J.P. Schneider, MD, PhD vol. 90, n° 6, November 1, 1991. *Post Graduate Medecine, Sexual Addiction*.
Référence : Carnes P. Out of the shadows : understanding sexual addiction. Minneapolis : CompCare Publishers, 1983.

The Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI)

Référence : Miner, M.H., Coleman, E., Center, B.A., et al. (2007), Archive of Sexual Behavior, 36, 579-587.

INDEX

C

D